

**Relatórios sobre o Estudo Realizado na Área 2 do ano de
Estágio – Comportamentos e Hábitos de Vida Saudáveis
na Escola Básica Integrada Rainha Dona Leonor de
Lencastre no ano letivo 2008-2009**

**Dissertação Elaborada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ensino da
Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário**

Orientadora: Mestre Maria da Conceição Ribeiro Rexêlo Pedro

Júri:

PRESIDENTE

Professor Doutor Marcos Teixeira de Abreu Soares Onofre

VOGAIS

Professor Doutor António José Mendes Rodrigues

Professora Doutora Ana Luísa Dias Quitério

Mestre Maria da Conceição Ribeiro Rexelo Pedro

Vera Lúcia Lopes da Cunha Rolo Benvindo

2013

AGRADECIMENTOS

Há coisas na vida que só se conseguem quando temos a nosso lado as pessoas certas... sem elas e sem a sua força, essas “coisas” não seriam possíveis... ou por falta de coragem, ou por cansaço, ou por dificuldades monetárias, ou... ou... ou... seja pelo que for. Há coisas que se desejam e pelas quais vale a pena lutar e trabalhar... (mais ainda)... e com as pessoas certas a nosso lado, o impossível passa a ser alcançável. Por isso e por tudo, agradeço a quem sempre me apoiou e apoia na concretização dos meus objectivos, desejos, sonhos...

Obrigada!...

Para a minha querida Família e para o João...

Para a grande Filomena Araújo...

Para uma amiga incansável... M^a Conceição Pedro...

RESUMO

Este relatório reporta-se ao estudo que realizei na Área 2 – Investigação e Inovação Pedagógica, em conjunto com os meus colegas no ano de estágio. O tema escolhido foi os Comportamentos e Hábitos de Vida Saudáveis pois era (e é) um tema atual e que poderia dar continuidade a um estudo previamente realizado na escola por colegas estagiários no ano letivo anterior.

Para a sua realização utilizámos uma amostra de 100 alunos do 2º e 3º ciclos e respetivos Encarregados de Educação (EE). Formulámos 4 questões de estudo que nos permitiram analisar a prática de atividade física e os hábitos alimentares da amostra, de modo a irmos ao encontro das respostas pretendidas às questões formuladas. Realizámos medições do Índice de Massa Corporal dos alunos, inquéritos e comparámos os resultados com os dos Estudos Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Os resultados obtidos mostraram que apesar da população escolar não ser maioritariamente obesa, a amostra não tinha uma alimentação equilibrada. A prática de atividade física dos alunos não se revelou muito negativa mas poderia ser melhor, já a dos EE ficou muito aquém do ideal.

Estes valores levaram-nos a querer encontrar medidas aplicáveis à nossa escola e que pudessem estender-se a todas as instituições de ensino.

Na minha vida teve um enorme impacto e mudou a minha intervenção e postura na sociedade e família.

Palavras-Chave

Atividade Física, Alimentação, Sedentarismo, Comportamentos, Hábitos, Saúde, Encarregados de Educação, Jovens, Crianças, Prevenir, *Fast-Food*.

ABSTRACT

This paper is specifically related with the work developed in Area 2 – Research and Pedagogical Innovation, together with my colleagues in the internship year. The subject chosen for study was Healthy Lifestyle Behaviors and Habits. I found that this was, and still is a current topic and this study had already been initiated by fellow teacher trainees who had been there in the previous year. So, this topic gained even more importance and meaning, as it would be possible to compare results and observe how the school population had been affected and whether or not there was an evolution.

For this study we used a sample of 100 students from secondary school (5th to 12th grade) and their respective parents. We identified 4 useful and pertinent questions to the purpose of the study, throughout which we decided to analyze the physical activity levels and eating habits of both students and parents. We also used indicators such as BMI (Body Mass Index), and the HBSC studies (Health Behavior in School-aged Children), and we conducted surveys.

The results showed us that, although the school's population is not mostly obese, the majority of students and parents did not have balanced eating habits. Physical activity levels were not as low and negative as the eating habits, but could also be improved – specially among parents.

Therefore, these conclusions pushed us forward to find measures to improve the results, not only in our school, but also in other schools across the country.

This study had a huge impact In my life had changed me and my intervention posture in society and family.

Keywords:

Physical Activity, Diet, Sedentary Lifestyle, Behaviours, Habits, Health, Parents, Youngsters, Children, Prevent, *Fast-Food*.

LISTA DE ABREVIATURAS

AF– Actividade Física

EBI – Escola Básica Integrada

EE – Encarregados de Educação

EF – Educação Física

EPS – Educação para a Saúde

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

PS - Promoção da Saúde

DE – Desporto Escolar

UE – União Europeia

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	11
2.1. Análise Demográfica	11
2.2. A Escola	12
2.3. População Escolar.....	13
3. ÁREA 2 – Comportamentos e Hábitos de Vida Saudáveis.....	14
3.1. Pertinência do Estudo Realizado/Enquadramento.....	14
3.2. Revisão da Literatura	15
3.2.1. Saúde e Promoção da Saúde	15
3.2.2. Saúde nas crianças e nos Adolescentes.....	17
3.2.3. Percepção de Saúde pelos Adolescentes.....	19
3.2.4. Atividade Física e Sedentarismo	20
3.2.5. Hábitos Alimentares	22
3.2.6. Família e Escola	24
4. ESTUDO – Metodologia.....	27
4.1. Amostra	27
4.2. Questões de estudo	27
4.3. Instrumentos.....	27
4.4. Indicadores	28
4.5. Limitações do Estudo.....	28
4.6. Avaliação.....	28
5. APRESENTAÇÃO dos RESULTADOS.....	28
5.1. Amostra	29
5.2. Hábitos Alimentares	30
5.2.1. Refeições ao longo do dia.....	30
5.2.2. Pequeno almoço.....	32
5.2.3. Alimentos Consumidos	35

5.2.4. Vegetais nas Refeições.....	38
5.2.5. Sopa nas Refeições.....	39
5.2.6. Bebidas nas Refeições.....	41
5.3. Imagem Corporal.....	42
5.3.1. Índice de Massa Corporal (IMC).....	42
5.3.2. Imagem do Corpo.....	43
5.4. Prática de Atividade Física e Tempos Livres.....	46
5.4. Uso de Substâncias.....	47
6. DISCUSSÃO das QUESTÕES.....	49
6.1. Questão 1.....	49
6.2. Questão 2.....	49
6.3. Questão 3.....	49
6.4. Questão 4.....	50
7. ESTRATÉGIAS / PROPOSTAS de INTERVENÇÃO.....	51
7.1. Atividade Física.....	51
7.2. Alimentação.....	52
8. CONCLUSÃO.....	53
9. BIBLIOGRAFIA.....	56
. ANEXOS.....	57

ÍNDICE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Planta da Escola.....	12
Ilustração 2 – Bloco A e Bloco B (respectivamente).....	12
Ilustração 3 – Pavilhão e Ginásio	13
Ilustração 4 - Obesidade	15
Ilustração 5 – Roda dos Alimentos.....	35

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Nº Alunos 2º e 3º Ciclos	29
Tabela 2 – Nº Alunos por Ano de Escolaridade	29
Tabela 3 – Número de refeições diárias consumidas pelos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009	31
Tabela 4 – Frequência de refeições diárias consumidas pelos alunos e EE	32
Tabela 5 - Pequeno-almoço (dados HBSC)	33
Tabela 6 - Frequência com que os alunos tomam o pequeno-almoço nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009	33
Tabela 7 - Pequeno-almoço alunos/EE.....	34
Tabela 8 - Alimentos Consumidos (HBSC)	35
Tabela 9 - % de Alimentos Consumidos (Alunos/EE).....	38
Tabela 10 - Frequência do consumo de vegetais nas refeições pelos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009	38
Tabela 11 - Frequência do consumo de vegetais nas refeições pelos alunos e EE	39
Tabela 12 - Frequência do consumo de sopa nas refeições dos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009	40
Tabela 13 - Frequência do consumo de Sopa nas refeições pelos alunos e EE	41
Tabela 14 - Bebidas consumidas pelos alunos durante refeições nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009	42
Tabela 15 - Bebidas nas Refeições (Alunos/EE).....	42
Tabela 16 - Imagem do corpo nos Estudos HBSC 2002 e 2010	44
Tabela 17 - Imagem do corpo pelos alunos nos estudos de escola dos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009	44
Tabela 18 - Prática de actividade física (HBSC)	46
Tabela 19 - Consumo de Tabaco na População Jovem Portuguesa.....	47

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Refeições diárias dos alunos.....	31
Gráfico 2 – Refeições diárias dos EE's	32
Gráfico 3 - Pequeno-almoço Alunos e EE.....	34
Gráfico 4 - IMC 2007/2008; IMC 2008/2009.....	43
Gráfico 5 - Aspecto Físico (alunos).....	45
Gráfico 6 - Aspecto Físico (EE).....	45
Gráfico 7 – Considera ter excesso de peso (EE)	45
Gráfico 8 – Prática de Actividade Física Alunos e EE	46
Gráfico 9 - Prática de Atividade Física nos Estudos 2007/2008 e 2008/2009	47
Gráfico 10 - Consumo de Tabaco dos Encarregados de Educação	48

1. INTRODUÇÃO

No meu último ano da Licenciatura em Ciências do Desporto ramo Educação Física (EF) e Desporto Escolar (DE) (2008-2009), durante o Estágio, realizei em conjunto com os meus colegas, um estudo que se inseriu na Área 2. O tema abordado foi os ***Comportamentos e Hábitos de Vida Saudáveis*** dos alunos da Escola Básica Integrada (EBI) Rainha Dona Leonor de Lencastre.

Este tema foi escolhido por dois motivos. Seria dada continuidade ao estudo iniciado pelos meus colegas professores estagiários no ano letivo anterior (2007-2008), que haviam já feito uma avaliação dos alunos da escola neste âmbito e por outro lado, esta era, e continua a ser, uma problemática de extrema importância pois cada vez mais os comportamentos alimentares e os hábitos de vida saudáveis das crianças e jovens da nossa sociedade se têm vindo a alterar.

Durante a sua concretização, fui ganhando uma maior sensibilidade e consciência e apercebi-me que de facto, cada vez se nota uma menor preocupação com a alimentação e a prática de Atividade Física (AF) por parte das crianças e jovens da nossa sociedade. Mas a situação que considero mais grave é o facto de me ter apercebido que este problema vai muito além das portas das escolas. Dentro dos círculos de Encarregados de Educação (EE), pais, avós, famílias, funcionários, professores e inclusivamente do grupo de pessoas que me são mais próximas, apercebi-me que este é sem dúvida um problema grande e muito presente.

Desde então e ao longo destes anos, tenho dado continuidade ao trabalho realizado tanto no âmbito académico como no terreno, pondo em prática tudo aquilo que estudei e tenho vindo a aprender. No entanto continua-se a notar nos dias de hoje uma tendência social para ignorar as boas práticas e caminhar no sentido do sedentarismo e da obesidade. É portanto de elevada importância dar continuidade a este estudo e sensibilizar não só as pessoas, mas também os profissionais do sector, para esta temática.

Neste relatório irei descrever todo o processo do estudo realizado e respectivos resultados, dentro do contexto vivido e realizarei uma reflexão sobre os ganhos e as modificações que operaram em mim até aos dias de hoje.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

D. João II, marido de D. Leonor de Lencastre, Patrono da Escola-Sede de Agrupamento, décimo-terceiro Rei de Portugal, foi um grande impulsionador da empresa expansionista no último quartel do século XV. Foi ainda, o Negociador do Tratado de Tordesilhas, que estabeleceu a divisão do mundo entre as duas coroas ibéricas. Graças à sua ação, novos mundos se descobriram, alargando-se desse modo a medieval e redutora visão do mundo. D. João II ficou na História com o cognome de “Príncipe Perfeito” pelas suas qualidades de hábil político partidário do reforço do poder real. Morreu em Alvor, no ano de 1495.

2.1. Análise Demográfica

A EBI Rainha Dona Leonor de Lencastre pertence ao Agrupamento de Escolas D. João II do qual é Sede. Deste Agrupamento fazem ainda parte a Escola EB1/JI de S. Marcos n.º 1, pela EB1/JI de S. Marcos n.º 2 e a Escola EB1/JI Casal do Cotão.

Estas escolas estão localizadas na Urbanização de S. Marcos e Urbanização Casal do Cotão, Freguesia de São Marcos, Concelho de Sintra, confinando com as freguesias de Aqualva, Cacém, (Concelho de Sintra), Porto Salvo e Barcarena (Concelho de Oeiras).

A origem de S. Marcos está patente na pequena ermida dedicada, predominantemente, a este Santo, objeto de romagem das freguesias de Cacém, Queluz e de outras povoações do Concelho. Esta localidade que, até há cerca de uma década, era composta por campos de trigo e pastagens, com duas vacarias que abasteciam a cooperativa de lacticínios UCAL e com pequenas unidades fabris, viu nascer a Urbanização de S. Marcos simultaneamente com o Parque de Ciência e Tecnologia, mais conhecido por Tagus Park (embora sediados no concelho de Oeiras), para onde foram transferidos pólos do Instituto Superior Técnico, Centros de Investigação, edifícios de escritórios, áreas de turismo e lazer e também um pólo da Universidade Católica.

Estes acontecimentos e o rápido crescimento da urbanização levaram a um desenfreado crescimento da população. Assim, S. Marcos é caracterizado pela coexistência de duas áreas distintas: a localidade de S. Marcos, a parte mais antiga e as Urbanizações de S. Marcos e Casal do Cotão, zonas residenciais em franco crescimento.

As Escolas vieram dar resposta a este rápido aumento populacional o que faz com que tenham uma grande diversidade e igualmente grande número de alunos.

2.2. A Escola

A EBI Rainha D. Leonor de Lencastre é constituída por um edifício principal dividido em três blocos ligados entre si por um espaço de recreio e jardins envolventes e tem ainda um pavilhão polidesportivo com um ginásio anexado e um campo exterior de jogos.



Ilustração 1 – Planta da Escola

No Edifício principal (A) localizam-se as principais estruturas administrativas da escola nomeadamente o Conselho Executivo, Sala dos Professores, Serviços Administrativos, Centro de Recursos Educativos, entre outros. O Edifício B é constituído essencialmente por salas de aula e pelo Gabinete de Apoio ao Aluno (GAA). O Edifício C é constituído pelo refeitório, papelaria, sala de funcionários, bar, sala de convívio dos alunos entre outros.



Ilustração 2 – Bloco A e Bloco B (respectivamente)

O Pavilhão contém o Gabinete de EF o qual é um local onde os Professores de EF trabalham e guardam as informações das atividades desenvolvidas (DE, aulas,

turmas) e onde se realizam as aulas de EF usufruindo quer do Pavilhão, quer do Ginásio, quer dos campos no espaço exterior.



Ilustração 3 – Pavilhão e Ginásio

2.3. População Escolar

Como já referido anteriormente, a escola EBI Rainha D. Leonor de Lencastre tem uma grande diversidade e um grande número de alunos. Na escola, os alunos agrupam-se consoante as suas semelhanças. Segundo Rodrigues (1997)¹ na adolescência ocorre uma grande ligação com os amigos, que são normalmente escolhidos entre aqueles onde a partilha de heróis, gostos, sensações, ideias e ideais comuns parece fazer algum sentido. Existe neste sentido uma aquisição de um estilo próprio que advém de uma indução grupal, ou a adoção de um estilo que já está adotado por um grupo. Por sua vez:

As novas músicas, os novos símbolos, os novos ídolos, os novos trapos para vestir, a prática de desportos ou outras actividades de tempos livres, os espaços em que circulam, os rituais que praticam, todos são motivos para procurarem um lugar e um espaço no seio de uma comunidade.
Rodrigues (1997)²

De facto nesta escola, os alunos agrupam-se de acordo com as idades, gostos e ídolos comuns. Vestem-se com o mesmo estilo dentro do seio do seu grupo (era possível distinguir o grupo dos *dreads*, o grupo dos *skaters*, o grupo das meninas preocupadas com a maquilhagem e a moda, o grupo das despreocupadas), movendo-se em sintonia com os demais. Apesar de serem alunos com diferenças culturais e realidades sociais distintas, os seus ideais e gostos comuns tomam parte na sua movimentação e postura. Dentro desta população escolar, não se encontra o grupo de betinhos ou meninos de

¹ Citado em Rodrigues A. (1997, p.55); *Valores e representações corporais em culturas juvenis escolares*, Dissertação com vista à obtenção do grau Mestre em Ciências da Educação na especialidade de Metodologia da Educação Física, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

² Rodrigues A. (1997, p.56)

famílias mais abonadas por assim dizer. Caracterizaria como sendo maioritariamente uma população de classe média e média baixa.

3. ÁREA 2 – Comportamentos e Hábitos de Vida Saudáveis

3.1. Pertinência do Estudo Realizado/Enquadramento

A escolha deste tema teve dois fortes motivos: dar continuidade ao estudo realizado pelos meus colegas que o haviam iniciado em estágio, na mesma escola no ano lectivo anterior (2007-2008) verificando os efeitos obtidos na população escolar e reforçar a sensibilização desta problemática uma vez que era (e continua a ser) um tema da atualidade em que as crianças/jovens/adultos estão envolvidos de forma negativa. Infelizmente cada vez mais se verifica a existência de uma população sedentária e com tendência à obesidade ao invés de uma população saudável e ativa.

A confirmação das tendências crescentes, relativas à diminuição dos níveis de actividade física, ao aumento de comportamentos sedentários e, a hábitos alimentares bastantes desequilibrados e pobres em termos nutricionais tem suscitado grande preocupação no que diz respeito aos comportamentos e estilos de vida das populações.

Serrador (2007)³

A presença do sedentarismo nos adolescentes apresenta dois tipos de consequências: o aumento da prevalência de morbilidade verificada durante a própria adolescência e o aumento da prevalência de risco das doenças crónicas normalmente associada à fase adulta (Sallis & Owen, 1999)⁴. Esta é uma temática que me inquieta bastante pois conheço os problemas/doenças/carência de saúde inerentes a uma alimentação desequilibrada e a uma vida sedentária.

³ Serrador, J. (2007, p.5); *Comportamentos de saúde e estilos de vida dos adolescentes em idade escolar: actividade física, tempos livres, hábitos alimentares*, Dissertação com vista à obtenção do grau Mestre em Ciências da Educação na especialidade de Metodologia da Educação Física, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

⁴ Citado em Serrador J. (2007, p.22)

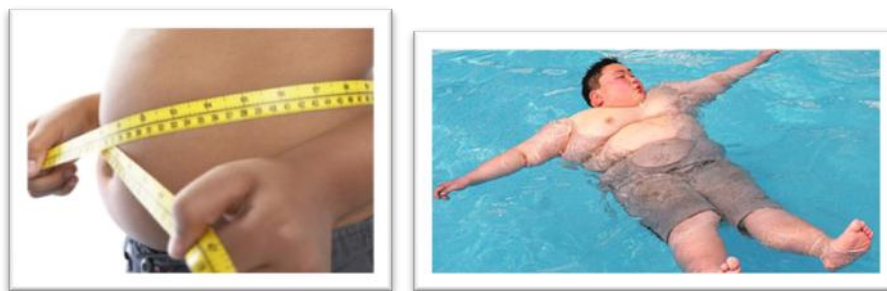


Ilustração 4 - Obesidade

Desde a realização deste trabalho que a minha preocupação e a minha intervenção se tornaram mais significativas. Saber que posso alertar e ajudar a melhorar a saúde das crianças, jovens, adultos com quem lido diariamente é gratificante. Esta é sem dúvida uma meta pela qual luto todos os dias e procuro ao máximo fazer estender junto dos EE, dos pais, dos avós, dos profissionais, e da comunidade em geral.

3.2. Revisão da Literatura

3.2.1. Saúde e Promoção da Saúde

Segundo Green & Simons-Morton (1988, citado por Fontes, 2007) a saúde, como uma qualidade ou um estado pessoal, tem sido altamente procurada e valorizada ao longo da história da humanidade. Com efeito, e como referem Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, citado por Fontes, 2007) várias foram as tentativas para a sua definição, o que se tornou, ao longo dos tempos, numa tarefa árdua e complicada, uma vez que esta é experimentada e vivida de forma diferente de pessoa para pessoa, tendo em conta a perceção que cada indivíduo ou comunidade têm acerca dos acontecimentos da vida, inseridos num determinado momento e contexto.

Assim sendo, a saúde é vivida de forma única e individual, dependendo "... do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo" (Ibidem, p. 11)⁵.

Passando já por definições diferentes ao longo dos anos, as quais advêm das crenças e valores das pessoas, Trigo (2000, citado por Fontes, 2007) considera que

5 Citado em Fontes R. (2007, p.29), *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas Crianças e Adolescentes - Estudo do impacto de um projecto de intervenção*, Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

saúde não é um bem que possa distribuir-se às pessoas, mas algo que tem de ser construído por elas, a partir de si próprias. Esta definição remete a que cada indivíduo seja autónomo, isto é, tenha capacidade de cuidar de si próprio, tenha discernimento para fazer as suas escolhas de modo a que as suas ações o conduzam a uma vida saudável.

Surge assim um novo conceito, a Promoção da Saúde (PS). De uma forma muito simplificada, Tones (1999, 2000, citado por Fontes, 2007) define Promoção de Saúde como a conjugação entre a Educação para a Saúde (EPS) e Políticas de Saúde Saudáveis, representado pela seguinte fórmula:

$$\text{Promoção da Saúde} = \text{Educação para a Saúde} \times \text{Políticas de Saúde}$$

Considera, então, que só a intervenção destes factores em conjunto conduz a resultados eficazes e que ambas actuam em constante interacção. A PS pode, assim, ser designada como um processo que capacita as pessoas para aumentarem o controlo sobre as determinantes que afectam a sua saúde, de modo a melhorá-la.⁶

Isto leva a que seja fundamental que os indivíduos possam beneficiar de uma EPS, desde as crianças mais pequenas aos adultos de maior idade, de modo a que as suas escolhas e ações sejam fundamentadas e verdadeiramente conscientes das respetivas consequências (sejam estas boas ou más). No entanto, como indivíduos que somos estamos integrados numa sociedade.

O nível de saúde depende de vários factores relacionados com a organização da sociedade, com as condições socioeconómicas e políticas vigentes, pelo que a abordagem dos comportamentos relacionados com a saúde não pode ser dissociada dos contextos em que estes ocorrem.

Basto (2000).⁷

Como refere Buss (2004, citado por Fontes, 2007) o conceito de PS sofreu atualizações ao longo do tempo, deixando de ser uma área cujo campo de ação era, de um modo geral, da competência dos profissionais de saúde, especialmente da EPS, passando a fazer parte da responsabilidade da própria população com interesses em saúde e de outros sectores sociais, especialmente os políticos (Ibidem)⁸. Desta forma,

⁶ Citado em Fontes R. (2007, p.32).

⁷ Citado em Fontes R. (2007, p.35)

⁸ Ídem.

como refere Serrador (2007) o conceito de saúde tem vindo a sofrer algumas alterações. Reconhecendo a importância das condições sociais e económicas, bem como o envolvimento físico e os estilos de vida individuais, a saúde é atualmente considerada um completo estado de bem-estar físico, mental e social (OMS,1993, citado por Serrador, 2007) e não apenas uma ausência de doença. Os grandes desafios da saúde pública passam, atualmente, pela alteração dos comportamentos dos cidadãos, quer a nível individual, quer a nível coletivo (Mota, 1999)⁹.

3.2.2. Saúde nas crianças e nos Adolescentes

...o período da adolescência apresenta um importante conjunto de desafios de transição para a idade adulta, pelo que ter um baixo nível de saúde, neste período de vida, poderá trazer consequências bastante negativas, tanto durante a adolescência como no restante período de vida.

Serrador (2007)¹⁰

Segundo Stanhope & Lancaster (1999, citado por Fontes, 2007) a adolescência caracteriza-se por ser um período de grandes e rápidas alterações, tanto a nível físico como a nível cognitivo e psicossocial. Este estágio de desenvolvimento caracteriza-se, de acordo com Brazelton & Greennspace (2002, citado por Fontes, 2007) pelas amizades entre os adolescentes da mesma idade, pelo avanço cognitivo com a presença do pensamento relativista e pela construção de um mundo interior de padrões emergentes, em conjunto com a família e amigos. Não existe consenso acerca da idade de início da adolescência. No entanto, segundo a DGS (2006a, citado por Fontes, 2007) e tendo por base a documentação mais relevante produzida na área, a OMS considera adolescentes o grupo da população que vai dos 10 aos 19 anos e jovens aqueles que se encontram entre os 15 e os 24 anos¹¹. Segundo Camacho, Matos & Equipa do Projecto Aventura Social (2005, citado em Fontes, 2007) independentemente das tomadas de posição acerca da sua idade de início ou de fim, é consensual que o período da adolescência é fundamental no que concerne às relações interpessoais, às aprendizagens acerca das regras de sexo, das opções e competências de vida, pelo que de acordo com Ferreira & Nelas (2006, citado em Fontes 2007), mais que uma fase em si mesma, constitui um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta, a partir do qual e após

⁹ Citado em Serrador J. (2007, p.18)

¹⁰ Citado em Serrador J. (2007, p.20)

¹¹ Citado em Fontes R. (2007, p.59)

diversificados períodos de maturação, procuram construir a sua identidade, os seus pontos de referência, delinear o seu projeto de vida e escolher o seu percurso profissional. Como refere Prazeres (1998, citado por Fontes, 2007), na infância e adolescência, os pais constituem ainda a principal fonte de socialização, pelo que os seus atos afetam os dos seus filhos. Não obstante, durante a adolescência, novos desafios vão sendo colocados à medida que o adolescente se vai envolvendo com o seu ambiente físico e social.¹² Nesta fase, de acordo com WHO (2005b, citado por Fontes, 2007), para além da família, os pares, os meios de comunicação social, o próprio ambiente escolar e o contexto sociocultural exercem influência significativa na formação das atitudes, crenças, valores e padrões de comportamento do adolescente. As mudanças físicas e emocionais ocorridas, associadas à pressão dos pares e a uma agressiva política de *marketing* e publicidade deixam os adolescentes mais vulneráveis ao risco. Do mesmo modo, os adolescentes sentem algum fascínio pela exploração de novos caminhos, optando, por vezes, por comportamentos de risco. Nesta fase, podem ser adquiridos alguns dos principais estilos de vida que podem afetar a sua saúde durante toda a existência, como, por exemplo, os consumos nocivos.¹³ Apesar da família continuar a ser importante para o adolescente, este vai gradualmente experimentando e conquistando a sua independência, procurando definir uma identidade própria. Durante a conquista deste espaço e identidade, são vários os fatores que podem influenciar as suas opções e interferir na construção do seu percurso.

Por outro lado, Rew (2005, citado por Serrador, 2007) e DiClement, Hansen & Ponton (1996, citado por Serrador, 2007) afirmam que a maioria dos problemas de saúde dos adolescentes tem a ver com factores sociais, ambientais e comportamentais.¹⁴ A inexistência de um contexto social adequado tem como consequência um conjunto de fatores que dificultam a utilização dos recursos da comunidade na adoção de hábitos de vida saudáveis, como referem Muza & Costa (2002, citado por Serrador, 2007). De acordo com o estudo internacional Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (162 000 adolescentes com 11, 13 e 15 anos de idade em 35 países da Europa e nos Estados Unidos da América), os adolescentes cujas famílias apresentaram recursos mais pobres indicaram níveis inferiores de saúde, um aumento da exposição a determinados fatores de risco e menos oportunidades para promoverem e manterem a sua saúde, segundo Currie, Samdal, Boyce & Smith (2001, citado por Serrador, 2007). As más

¹² Citado em Fontes R. (2007, p.59).

¹³ Citadodo em Fontes R. (2007, p.60).

¹⁴ Baseado em Serrador J. (2007, p.20).

condições socioeconómicas e os problemas de saúde passam de geração para geração e verifica-se um aumento da exposição de maus comportamentos de saúde (ex.: maus hábitos alimentares, falta de Actividade Física (AF), tabaco, etc.).

Como refere Fontes (2007, p.62) o conhecimento das atitudes e dos comportamentos dos adolescentes relativamente aos estilos de vida e seus determinantes constitui uma das preocupações emergentes da última década, especialmente dos países ocidentais. Consequentemente, a OMS tem vindo a desenvolver um estudo colaborativo entre os diferentes países da Europa sobre os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários contextos das suas vidas, intitulado o estudo HBSC. Este teve início em 1982 com investigadores de três países: Finlândia, Noruega e Inglaterra. De acordo com o HBSC 2010 (p.008), participam atualmente 43 países e regiões e Portugal aderiu em 1998, sendo conhecidos resultados nesse ano e em 2002, 2006 e 2010. Este estudo é um contributo importante para a definição de políticas e estratégias para a saúde e a educação, pois dá voz aos jovens, salienta as suas necessidades e percepções, identifica potenciais ganhos em saúde e prevê riscos e desafios para os sistemas de saúde e educação.¹⁵

3.2.3. Percepção de Saúde pelos Adolescentes

Nos dias de hoje, temos a ideia que os adolescentes são o grupo mais saudável a nível da população geral¹⁶ mas, segundo Frasquilho (1998, citado por Fontes, 2007) essa visão tem vindo a modificar-se nos últimos anos, fruto das várias alterações tanto a nível social como dos padrões de saúde dos adolescentes. Os adolescentes tendem a considerar a saúde como um bem adquirido e não ameaçado. Na verdade, Schwarzer & Fuchs (1995, citado por Fontes, 2007) referem que, apesar de um grande número de adolescentes terem consciência dos riscos e perigos em que estão envolvidos, preferem ignorá-los, uma vez que dão mais valor a outras consequências psicossociais inerentes a esses comportamentos (citado por Matos Simões, Canha e Fonseca, 2000).¹⁷

Também o estudo de Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003, citado em Fontes, 2007) revela que os problemas de saúde no futuro não constituem preocupação para os adolescentes, embora as inquietações relativas à imagem corporal

¹⁵ Citado em Fontes (2007, p.62)

¹⁶ Baseado em Fontes (2007, p.64)

¹⁷ Citado em Fontes (2007, p.64)

tenham um peso acrescido, aumentando com a idade, especialmente nas raparigas. No estudo nacional de 2002, se bem que apresentem mais frequentemente melhores índices de massa corporal (IMC), são as raparigas que se manifestam menos satisfeitas com a sua aparência física (Matos et. al., 2003; Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho, Diniz e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2006)¹⁸.

A imagem corporal adquire nesta fase uma importância vital, de tal forma que a pressão social e dos pares se traduz muitas vezes em desajustes comportamentais. Neste contexto, o desenvolvimento de intervenções que reforcem o conhecimento do corpo e da mente como um todo que deve ser preservado e cuidado, assim como atividades que reforcem a autoestima poderão funcionar como elementos promotores de saúde e bem-estar.

Como refere Camacho et al. (2005, citado por Fontes, 2007) o papel dos pais assume aqui uma importância extrema, uma vez que a ligação aos pais e o suporte por eles disponibilizado constituem um pilar basilar na formação da personalidade do adolescente, produzindo um efeito protetor face às pressões do meio envolvente.¹⁹ Os pais são assim a referência, o exemplo a seguir, o auxílio. Na fase da adolescência deverão ter uma atenção extra para que acompanhem e consigam encaminhar da melhor forma o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos adolescentes.

3.2.4. Atividade Física e Sedentarismo

Segundo Serrador (2007, p.21), o ser humano tem tendencialmente reduzido a quantidade de trabalho muscular bem como a quantidade de AF que realiza diariamente. Neste Sentido, tem diminuído de forma substancial a quantidade de energia despendida para assegurar a sua alimentação, a sua habitação, o seu transporte, a sua segurança e algumas atividades de lazer. Esta redução da quantidade de energia dispendida tem sido responsável por um aumento exponencial da quantidade de doenças associadas aos estilos de vida sedentários.

No que diz respeito ao sedentarismo na adolescência, de acordo com Serrador (2007, p.22), devemos atribuir-lhe uma especial atenção, tendo em conta as suas características, bem como as consequências que poderá trazer nesta fase da vida.

¹⁸ Citado em Fontes (2007, p.64)

¹⁹ Citado em Fontes (2007, p.65)

“A presença do sedentarismo nos adolescentes apresenta dois tipos de consequências: o aumento da prevalência de morbilidade verificada durante a própria adolescência e o aumento da prevalência de risco das doenças crónicas normalmente associada à fase adulta (Sallis & Owen, 1999)²⁰”.

Os adolescentes são atualmente caracterizados pela realização de estilos de vida cada vez mais sedentários e, facilitados por um apressado desenvolvimento tecnológico. Caminham cada vez menos, nomeadamente entre a casa e a escola; ficam cada vez mais vezes fechados em casa, depois das aulas; ocupam cada vez mais os seus tempos livres, com momentos de entretenimento passivo, como a televisão, os vídeos, a Internet e os jogos eletrónicos, aparelhos cada vez mais apetecíveis e disponíveis.

Um aspeto que contribui de forma muito significativa para o sedentarismo na adolescência é a forma como eles se deslocam. O tipo de transporte utilizado, principalmente nos centros urbanos, é sobretudo motorizado. O transporte motorizado é utilizado para levar os alunos à escola. No entanto, de acordo com a OMS, mais de metade das viagens realizadas de transporte motorizado nas grandes cidades, são inferiores a 5 km, podendo por isso ser efetuados a andar ou de bicicleta (OMS, 2002).²¹

Outro aspeto que contribui, de forma muito significativa, para o sedentarismo na adolescência é o envolvimento cada vez menor dos adolescentes em atividades físicas e desportivas. Este aspeto apresenta consequências ao nível da saúde, do desenvolvimento do corpo e das suas capacidades motoras.

Na escola e, em particular durante as aulas de EF, os adolescentes não gastam uma quantidade de energia suficiente para compensar a quantidade de calorias consumidas através da alimentação. Para além disso, pais e educadores preocupam-se cada vez mais com a preparação académica dos filhos, deixando para segundo plano as atividades físicas e o tempo livre ativo.

Tem-se verificado, como Abreu (2010, p.vii) também constata, que atualmente, a obesidade na infância representa um grande problema de saúde pública a nível mundial. O aumento da prevalência de obesidade infantil verificado nos últimos anos parece dever-se a alterações nos estilos de vida e hábitos alimentares.²²

²⁰ Citado em Serrador J. (2007, p.22)

²¹ Baseado em Serrador J. (2007, p.22/23)

²² Abreu, J. (2010, p.vii) *Obesidade Infantil: abordagem em contexto familiar*, Monografia, Universidade do Porto - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação..

Como refere Fontes (2007, p.71) é do consenso geral que a prática de atividade física regular constitui um factor protetor de saúde, tanto a curto como a longo prazo, devendo ser iniciada o mais precocemente possível. Estudos realizados mais recentemente revelam que quando os adolescentes são fisicamente ativos apresentam uma alta probabilidade de optarem por estilos de vida mais saudáveis, quando comparados com adolescentes mais sedentários (Balaguer & Castillo, 2002; Marques e Gaya, 1999; Roberts, Tynjälä & Komkov 2004)²³. Do mesmo modo, sentem-se, em geral, mais satisfeitos com o seu corpo e consideram que têm boa aparência física, pelo que não recorrem a dietas de emagrecimento, expressando mais frequentemente sentirem-se felizes (Matos, Carvalhosa & Dinis, 2001)²⁴.

Durante a infância e adolescência, os pais exercem um papel preponderante na opção e manutenção de exercício físico pelos seus filhos. Na verdade, um estudo realizado por Castillo (1995) com adolescentes de 11, 13 e 15 anos revelou que os adolescentes que pertenciam a um grupo desportivo eram aqueles cujo pai praticava igualmente desporto (cit. por Balaguer & Castillo, 2002)²⁵.

3.2.5. Hábitos Alimentares

De acordo com Nielsen, Siega-Riz & Popkin (2002, citado por Serrador, 2007), foi possível verificar que os níveis energéticos adquiridos, estão associados cada vez mais ao consumo realizado em restaurantes e cadeias *Fast-food*, em detrimento do consumo realizado em casa.²⁶ Outro aspecto importante, relativamente aos factores de influência da família, é o facto dos adolescentes, com uma educação mais acompanhada pelos pais, apresentarem melhores padrões alimentares (Videon & Col. 2003).²⁷

Segundo Bruzos & Valdemoro (1992, citado por Fontes, 2007) o tipo de alimentação preconizada pelos povos traduz-se num foco de atenção e especial preocupação, uma vez que constitui uma das principais determinantes da saúde²⁸.

As transformações ocorridas nas sociedades (especialmente na ocidental), decorrentes da melhoria do nível de vida e das transformações e exigências sociais,

²³ Citado em Fontes R. (2007, p.71)

²⁴ Ídem

²⁵ Ídem

²⁶ Citado em Serrador J. (2007, p.74)

²⁷ Ídem

²⁸ Citado em Serrador J. (2007, p.66)

associadas aos progressos nos métodos de produção dos alimentos e à modificação na comercialização dos produtos alimentares, contribuíram para uma mudança significativa do padrão alimentar da União Europeia (UE) (Comisión Europea, 2003)²⁹. Com efeito, verifica-se uma diminuição drástica das carências alimentares em prol da abundância e diversidade de oferta de alimentos, destacando-se o aporte energético e proteico excessivos, baixo consumo de frutas e legumes, consumo insuficiente de alimentos ricos em fibras e consumo excessivo de sal e açúcares (Bruzos & Valdemoro 1992; Loureiro, 2004; Vilaça & Carvalho, 2000)³⁰. Se, por um lado, esta modificação se traduziu em benefícios para a população, por outro, vive-se com uma nova problemática intimamente relacionada com o excesso de consumo e inatividade física.

Como cita Serrador (2007, p.66) a alimentação é uma das principais determinantes de morbilidade e mortalidade, pelo que se estima que cerca de 35% dos cancros sejam de causa alimentar (DGS, 2002). Do mesmo modo, os maus hábitos alimentares estão intimamente relacionados com patologias do aparelho circulatório, osteoporose e obesidade (Ibidem). Após uma estimativa efetuada sobre os principais fatores associados aos problemas de saúde mais observados atualmente na UE, considerou-se que os fatores relacionados com a alimentação são responsáveis por cerca de 10% das patologias (Comisión Europea, 2003). A obesidade é considerada, atualmente, um problema epidemiológico (Oliveira, Capitão, Henriques e Ferreira, 2006; WHO, 2005b; Loureiro, 2004) que afeta praticamente todos os grupos etários das sociedades ocidentais. Este problema assume maior destaque na adolescência, uma vez que representa um fator prenunciador de obesidade no adulto³¹.

A idade escolar coincide com um período de desenvolvimento físico e psíquico que exige um reforço nutricional adequado, composto por calorias, proteínas, vitaminas e minerais (cálcio e fósforo), de forma a garantir um crescimento equilibrado (Bruzos & Valdemoro, 1992). A criança e o adolescente experimentam mudanças contínuas no seu crescimento físico, psíquico e cognitivo, que os tornam particularmente vulneráveis face a uma alimentação inadequada. Do mesmo modo, é na infância tardia e no início da adolescência que o padrão alimentar fica estabelecido, verificando-se um aumento progressivo de expressão das suas preferências no que diz respeito aos hábitos

²⁹ Citado em Serrador J. (2007, p.66)

³⁰ Ídem

³¹ Ídem

alimentares, tornando-se mais independentes na escolha dos alimentos (WHO, 2005b), com reflexo nas opções futuras ao longo do ciclo vital³².

Na sociedade atual, as crianças e jovens passam a maior parte do seu tempo na escola. Segundo Abreu (2010, p.05), a escola assume um papel preponderante na prevenção e tratamento da obesidade infantil. A maioria das crianças passa grande parte do dia nas escolas, realizando várias refeições no estabelecimento de ensino. A escola deve garantir educação alimentar às crianças, oferta de uma alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física.

Como cita Abreu (2010, p.04), os familiares, em especial os pais ou cuidadores, constituem a maior influência ambiental no que se refere à alimentação. Esta influência manifesta-se na aquisição de alimentos para consumo de toda a família, religião e cultura enraizadas, o comportamento alimentar dos pais e conhecimentos transmitidos às crianças sobre alimentação. Assim, alguns investigadores, consideram que os pais são, pelo menos em parte, responsáveis pelo excesso de peso das suas crianças, adensando-se tal ao serem consideradas as responsabilidades que pais ou outros cuidadores primários têm no desenvolvimento saudável das crianças.

Como diz Fontes (2007, p.68) os hábitos alimentares e o tipo de dieta dependem tanto de fatores individuais (gostos pessoais, influências familiares e dos pares, culturais e religiosas) como de condicionantes socioeconómicas e ambientais como, por exemplo, a acessibilidade, disponibilidade, qualidade e segurança dos produtos alimentares. Todos estes fatores devem ser considerados aquando do planeamento de ações de PS e EPS.

3.2.6. Família e Escola

Como tem sido referido até aqui em cada um dos pontos anteriores, os pais têm sempre um papel fundamental para com os seus filhos e são a influência principal.

No sentido de reforçar esta importância Minuchin (1990, citado por Fontes 2007) refere que o desenvolvimento cognitivo e mental do indivíduo não é apenas um fenómeno interno, mas é igualmente um processo que sofre em grande medida influência da interação com o mundo que o rodeia³³. Neste sentido, este autor evidencia o papel da família como o suporte estruturante na formação da personalidade das crianças e adolescentes. Os pais são considerados como os primeiros educadores da criança, e é

³² Citado em Serrador J. (2007, p.66)

³³ Citado em Fontes R. (2007, p.79)

no seio da família que esta aprende os primeiros padrões de comportamento e relacionamento social (Natário, 1998; Camacho, Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2005)³⁴. De acordo com Marujo (1997, citado por Fontes, 2007) o desenvolvimento socio-emocional do adolescente depende das interações e climas vividos no seio familiar, pelo que a formação da personalidade e a capacidade de lidar com os problemas e insucessos do dia-a-dia decorrem do clima afetivo, do tipo de relação e regras de funcionamento estabelecidas pelos pais³⁵. Como cita Fontes (2007, p.79) a OMS evidencia o papel das relações estabelecidas no seio familiar, referindo que estas assumem um papel mais importante no funcionamento da família do que a sua estrutura. Considera, deste modo, que um relacionamento positivo entre os seus elementos aumenta os índices de bem-estar dos adolescentes, reforça a sua autoestima e diminui a possibilidade de aderirem a comportamentos de risco e a grupos de pares desviantes no futuro (Camacho, *et al.*, 2005; WHO, 2005a)³⁶.

A família tem um papel fundamental no que diz respeito às orientações dos hábitos alimentares dos adolescentes. Os pais, ou os responsáveis pelos mesmos, podem influenciar as escolhas alimentares dos jovens, principalmente em idades mais novas, quer através dos tipos de alimentos disponíveis em casa, quer através dos comportamentos alimentares realizados durante as refeições. Como referem Nielsen, Siega-Riz e Popkin (2002, citado por Serrador, 2007) num estudo, foi possível verificar que os níveis energéticos adquiridos, estão associados cada vez mais ao consumo realizado em restaurantes e cadeias *Fast-food*, em detrimento do consumo realizado em casa³⁷. Outro aspeto importante que referem Videon & Manning (2003, citado por Serrador, 2007) relativamente aos fatores de influência da família, é o facto dos adolescentes, com uma educação mais acompanhada pelos pais, apresentam melhores padrões alimentares³⁸.

Segundo estes autores, neste estudo verificou-se ainda uma associação positiva relativa à presença dos pais nas principais refeições, assumindo um papel de controlo relativamente ao consumo de alimentos como as frutas, os vegetais e os lacticínios.

Como refere Serrador (2007, p.74) o ambiente escolar tem sido reconhecido como outro fator de influência ao nível dos valores de excesso de peso e obesidade na

³⁴ Citado em Fontes R. (2007, p.79)

³⁵ Ídem

³⁶ Ídem

³⁷ Citado em Serrador J. (2007, p.74)

³⁸ Ídem

adolescência. A venda de produtos ricos em calorias e de baixa densidade nutritiva, na escola, são uma realidade. Neste sentido, a maior permissividade escolar, tendo em conta que não existe o controlo dos pais ou educadores, reflete-se na vontade própria do adolescente em escolher a sua alimentação.³⁹

Como refere Abreu (2010, p.19) a atividade profissional dos pais leva a que, desde muito cedo, as crianças passem muitas horas em instituições ou ao cuidado de outros familiares e amigos.

Assim, a escola terá igualmente um peso enorme e uma forte influência na educação e crescimento das crianças e jovens da nossa sociedade. Todos quantos trabalhamos com crianças e jovens teremos que ter esta consciência e trabalhar no mesmo sentido, de educar e ensinar as crianças e jovens a saber optar por comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

Como Serrador (2007, p.4) refere, para transformar os adolescentes em indivíduos mais saudáveis, necessitamos de recolher informações e analisar os seus comportamentos de saúde. Ou seja, procurar saber qual a dimensão de adolescentes que realiza um determinado comportamento e, qual a dimensão de adolescentes que não realiza de forma equilibrada esse mesmo comportamento.

Iniciei o meu estudo começando por recolher informações acerca dos comportamentos de saúde dos alunos. Recolhi também informações acerca dos EE, pois para se combater esta problemática torna-se igualmente importante chegar aos educadores e ter alguma noção dos seus hábitos, de modo a que quanto maior for o campo de intervenção, maior seja a extensão de sementes colocadas e de frutos colhidos.

³⁹ Baseado em Serrador J. (2007, p.74)

4. ESTUDO – Metodologia

4.1. Amostra

De modo a obter uma amostra representativa da população da comunidade escolar, os diferentes instrumentos foram aplicados a 100 alunos do 2º e 3º ciclos e a 100 EE.

4.2. Questões de estudo

Questão 1: Os alunos da E.B.I. Rainha D. Leonor de Lencastre têm uma alimentação equilibrada.

Questão 2: Os dados recolhidos na EBI Rainha D. Leonor de Lencastre estão de acordo com os dados da população juvenil portuguesa HBSC de 2002 e 2006 (Prática de AF e Alimentação).

Questão 3: Os alunos da E.B.I. Rainha D. Leonor de Lencastre possuem diferentes padrões dos EE (Alimentação e Prática de AF)

Questão 4: Os dados recolhidos deste ano melhoraram face aos do ano passado na EBI Rainha D. Leonor de Lencastre (Prática de AF e Alimentação).

As variáveis abordadas neste estudo foram:

- Frequência de Prática de AF praticada;
- Tipo de Alimentação/Hábitos Alimentares;
- Altura e peso dos alunos.

4.3. Instrumentos

- Microsoft Excel
- Microsoft Access
- Inquéritos aos alunos;
- Inquéritos aos EE;

4.4. Indicadores

- Fórmula IMC;
- HBSC (2002 e 2006)

4.5. Limitações do Estudo

A principal limitação do estudo poderá ter sido a falta de veracidade dos questionários aplicados.

4.6. Avaliação

Dado este ter sido um projeto que havia tido início no ano letivo anterior e ser um projeto que não incidiu diretamente na modificação de comportamentos, tendo preferencialmente sido um estímulo que a médio/longo prazo poderia ser traduzido numa mudança de comportamento, para poder aferir se o projeto estava ou não encaminhado, tivemos em consideração os seguintes pressupostos:

- Inquéritos aplicados;
- Adesão dos intervenientes nas Ações de Formação
- Participação dos intervenientes no Workshop de dança;
- Divulgação dos resultados e de Estratégias de Prevenção e Remediação;
- Opiniões/Sugestões dos intervenientes (ações de formação, workshop de dança e apresentação de resultados final).

5. APRESENTAÇÃO dos RESULTADOS

Para a apresentação de resultados, foi utilizado o estudo do HBSC 2002 e de 2006. Neste momento irei utilizar também o estudo HBSC de 2010, comparando os dados obtidos no ano letivo em que foi realizado este estudo, com os dados mais recentes e transportando essa análise para os dias que correm.

5.1. Amostra

Neste capítulo, realizarei a apresentação e a análise descritiva da amostra do referido ano letivo (2008-2009) em que foi efetuado o estudo, no que diz respeito à população a que se referiu. Os estudantes incluídos na amostra encontraram-se distribuídos de acordo com a população escolar, estando esta distribuição em sintonia com a distribuição dos alunos pelo ciclo e ano de escolaridade desse mesmo ano letivo. Neste sentido, considerando a população escolar e comparando-a com a do ano imediatamente anterior, verificámos um decréscimo do número de alunos no 3º ciclo, contudo não significativo, dado a população escolar ter diminuído face ao ano anterior, num número de 54 alunos. Assim:

Ano Lectivo	2007/2008		2008/2009	
	Nº alunos	% representativa na escola	Nº alunos	% representativa na escola
2º Ciclo	490	60%	451	59%
3º Ciclo	327	40%	312	41%
N	817		763	

Tabela 1 – Nº Alunos 2º e 3º Ciclos

Considerando os anos de escolaridade dos alunos, verificámos que, comparativamente ao ano letivo anterior:

Ano Lectivo	2007/2008		2008/2009	
	Nº alunos	% representativa na escola	Nº alunos	% representativa na escola
5º ano	245	30%	242	32%
6º ano	245	30%	209	27%
7ºano	98	12%	139	18%
8º ano	131	16%	73	10%
9º ano	98	12%	100	13%
N = 817			N = 763	

Tabela 2 – Nº Alunos por Ano de Escolaridade

Em relação à idade, este estudo foi realizado em turmas do 5º ao 9º ano de escolaridade, tendo os alunos inquiridos idades compreendidas entre os 10 e 15 anos.

5.2. Hábitos Alimentares

Como já foi referido anteriormente e de acordo com o estudo HBSC (2002), as práticas alimentares são um dos fatores que podem comprometer ou beneficiar a saúde dos jovens. Estas práticas, que se adquirem em criança, são extremamente importantes para um desenvolvimento saudável. De facto, os hábitos alimentares adquiridos durante a adolescência têm importantes repercussões no estado da saúde dos indivíduos, quer a curto, quer a longo prazo, nomeadamente ao nível do bem-estar físico e emocional (King, Wold, Tudor-Smith & Harel, 1996)⁴⁰. A alimentação encontra-se também relacionada com algumas doenças, cada vez mais comuns na adolescência (como a obesidade, anorexia e bulimia, entre outras).

Reconhecer os padrões alimentares dos alunos, torna-se por isso fundamental, quer em função do género ou da idade, de modo a ser possível implementar estratégias preventivas nesta área.

5.2.1. Refeições ao longo do dia

De acordo com Sancho (2009) a alimentação saudável caracteriza-se basicamente por ser completa, equilibrada e diversificada, mas a distribuição da totalidade dos alimentos a ingerir durante o dia deve garantir o desejável fracionamento. É aconselhável que o intervalo entre as refeições não exceda as três horas e meia e que o jejum noturno seja limitado a 10 horas (exceto crianças), sendo portanto desejável fazer várias refeições ao longo do dia: pequeno-almoço, merenda(s) da manhã, almoço, merenda(s) da tarde, jantar e ceia. O número adequado de refeições ao longo do dia relaciona-se com melhor capacidade física e intelectual, maior capacidade de concentração, menor fadiga, sonolência e irritabilidade e portanto mais rendimento quer no desempenho escolar quer nas atividades laborais. Acresce, ainda, o seu papel favorável no controlo do mecanismo do apetite e da saciedade.⁴¹

O sistema de regulação do apetite/ saciedade ao longo do dia comanda o número de refeições que se fazem bem como a quantidade de alimentos que se consome.

⁴⁰ Citado em Matos, M. G. e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2002, p.48), *Aventura social e saúde – A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*.

⁴¹ Citado em Sancho, T. S. *Comer ao longo do dia*. Retirado de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/Como_comer_ao_longo_do_dia.pdf

Enquanto o apetite corresponde à sensação de ter vontade de comer, induzindo a ingestão de alimentos, a saciedade consiste num aviso para parar de comer, dado ter sido atingida a plenitude do estômago. Efetivamente, sempre que se passam demasiadas horas sem comer (cinco, seis ou mais), instala-se um descontrolo no sistema de regulação do apetite/ saciedade. Num intervalo grande entre refeições, acumula-se tanto apetite que este acaba por atingir características de fome voraz, o que conduz à ingestão de uma exagerada quantidade de alimentos. Esta ingestão de alimentos, provocada muitas vezes pela hipoglicemia já instalada, faz-se acompanhar geralmente pelo consumo demasiado rápido dos alimentos e pela inadequação nutricional das escolhas alimentares, determinadas pelo que mais apetece comer para matar a fome.

Analisando a realidade escolar, no ano 2007-2008 com o ano do presente estudo 2008-2009, tivemos que:

Número de refeições diárias consumidas pelos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009		
	Estudo 2007/2008	Estudo 2008/2009
Uma	*	2%
Duas	3%	4%
Três	10%	11%
Quatro	50%	43%
Cinco	27%	38%
Seis ou mais	9%	2%

Tabela 3 – Número de refeições diárias consumidas pelos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009

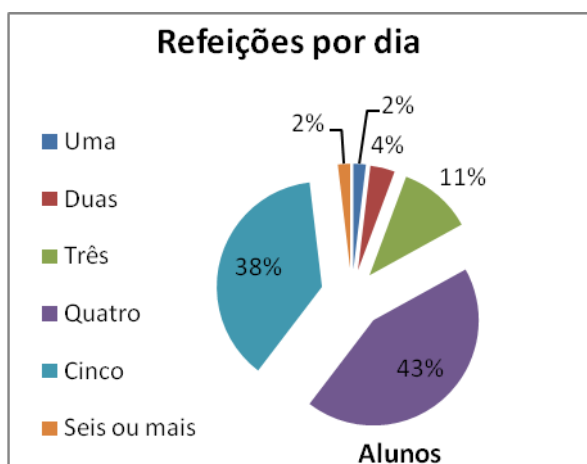


Gráfico 1 – Refeições diárias dos alunos

Comparativamente ao ano imediatamente anterior, o número de alunos que realizava cinco refeições por dia aumentou ligeiramente. No entanto, o número de alunos que realizava três ou menos refeições diárias também subiu. Neste sentido, da mesma

forma que verificámos uma ligeira melhoria dos padrões alimentares, constatámos simultaneamente que os maus padrões também aumentaram. A maioria dos alunos realizava em média quatro refeições por dia, existindo igualmente significância ao nível dos alunos que realizava cinco refeições por dia. Constatámos portanto, que os alunos realizavam um número médio de refeições abaixo das consideradas como representativas de uma alimentação saudável.

Analisando os dados referentes aos EE, obtivemos que:

Frequência de refeições diárias consumidas pelos alunos e EE						
	Uma	Duas	Três	Quatro	Cinco	Seis ou mais
Alunos	2%	4%	11%	43%	38%	2%
Encarregados de Educação	0%	5%	18%	39%	33%	5%

Tabela 4 – Frequência de refeições diárias consumidas pelos alunos e EE

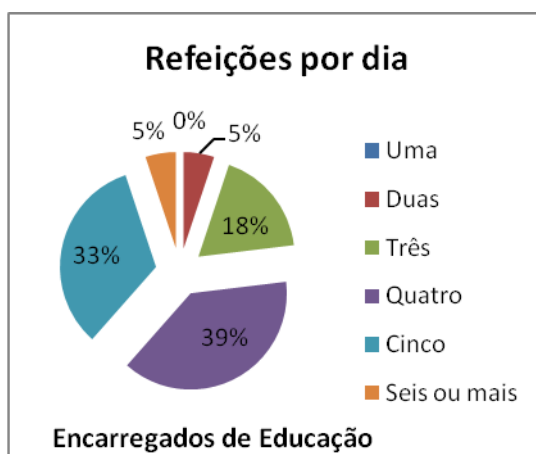


Gráfico 2 – Refeições diárias dos EE's

Nesta análise verificámos que, tal como nos alunos, para os EE, quatro era o número médio de refeições que faziam por dia existindo igualmente uma grande maioria de EE que referiam realizar cinco refeições diárias.

5.2.2. Pequeno almoço

Estudos recentes mostram que o incremento de obesidade infantil triplicou ao longo das últimas duas décadas, sendo que um estimado 12% a 34% de crianças e adolescentes saltam o pequeno-almoço regularmente, e essa percentagem aumenta com a idade. Por sua vez, os estudos referem-nos que adolescentes que comem

regularmente o pequeno-almoço, comem também uma dieta mais saudável e são fisicamente mais ativos durante a adolescência do que aqueles que o saltam (Timlin, M., 2008).

Sendo o pequeno-almoço caracterizado como uma das principais refeições do dia, uma vez que o organismo esteve em repouso e sem qualquer meio energético num período razoável de tempo, e dado o anteriormente referido, destaca-se a importância de verificar a sua conotação no padrão alimentar.

Comparando os estudos HBSC realizados em 2002 e em 2006 verificámos que, apesar de uma ligeira melhoria nos dados relativos aos alunos que referem nunca tomarem o pequeno-almoço antes de sair de casa, existiu uma diminuição face aos alunos que afirmam tomar sempre esta refeição, o que não é positivo. Quando comparamos os estudos HBSC realizados em 2006 e em 2010, verificamos um ligeiro aumento nos alunos que tomam sempre o pequeno almoço mas também se repete um aumento nos alunos que nunca o tomam. Deste modo, pode-se verificar que existe uma perda de hábitos saudáveis de alimentação o que é bastante negativo e preocupante.

Frequência com que a população jovem portuguesa toma o Pequeno-almoço			
	HBSC (2002)	HBSC (2006)	HBSC (2010)
Sempre	80,5%	80,0%	80,4%
Às vezes	11,6%	13,9%	12,9%
Nunca	7,8%	6,1%	6,7%

Tabela 5 - Pequeno-almoço (dados HBSC)

Analisando os dados obtidos da população escolar no ano letivo (2007/2008), constatámos que 74% dos alunos afirmaram sair de casa com o pequeno-almoço já tomado, e que apenas 3% mencionou não o fazer.

Frequência com que os alunos tomam o pequeno-almoço nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009		
	Estudo 2007/2008	Estudo 2008/2009
Sempre	74%	74%
Às vezes	23%	19%
Nunca	3%	7%

Tabela 6 - Frequência com que os alunos tomam o pequeno-almoço nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009

Os dados do ano letivo em estudo (2008/2009), apontaram bastantes semelhanças nos resultados, contudo notámos um aumento significativo face ao número de alunos que referiu nunca tomar o pequeno-almoço. Neste sentido, se por um lado verificámos uma perda do correto/mais saudável padrão alimentar, confirmámos também que os dados mostraram uma aproximação dos dados revelados pelo HBSC. Assim sendo constatámos que os resultados encontrados no presente ano letivo (2008/2009) foram piores face ao padrão alimentar dos do estudo do ano letivo anterior (2007/2008) e que a evolução da população escolar acompanhava a evolução da população portuguesa.

No âmbito do estudo, procurando verificar se o padrão alimentar dos EE se poderia denotar como o padrão dos hábitos alimentares dos alunos, obtivemos o seguinte:

Frequência com que os alunos e EE tomam o Pequeno-almoço			
	Sempre	Às vezes	Nunca
Alunos	74%	19%	7%
Encarregados de Educação	57%	28%	15%

Tabela 7 - Pequeno-almoço alunos/EE

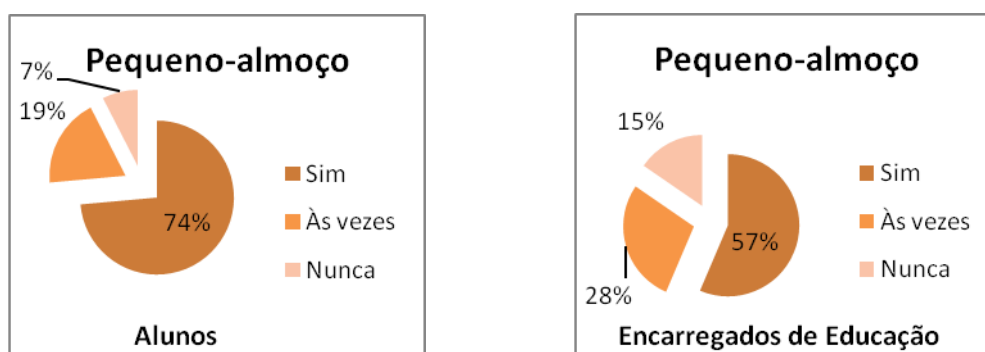


Gráfico 3 - Pequeno-almoço Alunos e EE

Desta análise retirámos que, claramente os EE dos alunos revelaram um padrão alimentar desadequado, caracterizado por um elevado número de EE que mencionou nunca tomar o pequeno-almoço antes de sair de casa (comparativamente com os dados apresentados pelos alunos), e que apenas uma reduzida percentagem de EE referiu fazê-lo sempre. Os dados verificaram-se tão avassaladores que, constatámos que, aproximadamente metade dos pais inquiridos nem sempre tomavam o pequeno-almoço antes de sair de casa. Uma vez que os EE são considerados o exemplo a seguir pelos

seus filhos, estes dados podem apresentar uma realidade preocupante, pois é totalmente oposta ao objetivo que se pretende.

5.2.3. Alimentos Consumidos

Após caracterizarmos o número de refeições e igualmente a principal refeição do dia (pequeno-almoço), tornou-se relevante verificarmos a frequência com que os alunos ingeriam frutas, vegetais, leite, refrigerantes, hambúrgueres e doces, caracterizando assim o equilíbrio das alimentações dos mesmos.

Frequência	Raramente			Pelo menos uma vez por semana			Pelo menos uma vez por dia		
	2002	2006	2010	2002	2006	2010	2002	2006	2010
Frutas	5,7%	8,7%	7,7%	45,3%	48,7%	50,7%	49%	42,7%	41,6%
Vegetais	11,7%	12,2%	11,8%	61,3%	62,7%	61,4%	27%	25,1%	26,8%
Leite	7,6%	-----	-----	8,7%	-----	-----	83,7%	-----	-----
Refrigerantes	20%	23,4%	24,1%	45,6%	49,1%	52,8%	34,6%	27,5%	23,1%
Hambúrgueres	43,4%	-----	-----	46,6%	-----	-----	10%	-----	-----
Doces	16,1%	14,7%	15,9%	60,7%	62,4%	66,6%	23,2%	27,5%	17,5%

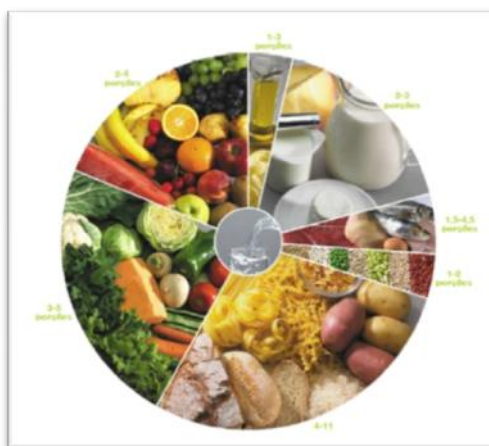
Tabela 8 - Alimentos Consumidos (HBSC)

Ilustração 5 – Roda dos Alimentos

De acordo com a nova roda dos alimentos, para uma refeição ser mais equilibrada, deverá ter uma boa variedade de alimentos consumidos e a sua ingestão deverá estar em concordância com as dimensões dos grupos, ou seja, comer mais porções de alimentos dos grupos maiores e menos dos grupos menores. Neste sentido, com base na roda dos alimentos, verifica-se que entre os vários alimentos estudados, os

que devem ser consumidos em maiores quantidades são os vegetais, seguidos da fruta e depois do leite, tendo sido por esta razão importante verificar esta relação.

Relativamente ao consumo de frutas, de acordo com o HBSC, existe uma redução do consumo da mesmas, comparando os anos de 2002 e 2006, existindo uma maior percentagem de alunos que respondem comer fruta raramente e uma menor percentagem de alunos que menciona ingerir fruta pelo menos uma vez por dia. Observando os resultados de 2006 para 2010 verifico que esta tendência se repete, continuando a aumentar a percentagem de alunos que respondem comer fruta raramente e diminuindo a dos alunos que come fruta pelo menos uma vez por dia. No que toca aos dados da realidade escolar, constata-se que as percentagens são mais acentuadas negativamente, ou seja, há uma maior percentagem de alunos que refere raramente comer fruta e uma menor percentagem de alunos que o faz pelo menos uma vez por semana. Contudo, foi bom verificar que há um maior número de alunos que come fruta pelo menos uma vez por dia. Neste sentido verifica-se que, face ao consumo de fruta, os alunos da escola apresentam uma alimentação mais desequilibrada, pois embora tenham uma melhor percentagem no consumo diário de fruta, esta é significativamente menor no consumo semanal e bastante superior no consumo raro, de acordo com os dados referenciados pela população portuguesa.

Relativamente ao consumo de vegetais nas refeições, os dados referentes ao estudo nacional (HBSC) de 2002 para 2006 apresentam uma evolução idêntica à evolução do consumo da fruta, como já foi descrito anteriormente, registando uma ingestão decrescente dos mesmos. Embora de 2006 para 2010 os valores se alterem ligeiramente, as percentagens variam de forma muito reduzida e ficam aquém do ideal (mais ainda tendo em consideração que os vegetais são uma das maiores porções da roda dos alimentos). Quanto aos dados referentes à população escolar, constatámos que o número de alunos que consome vegetais pelo menos uma vez por dia se denota superior. No entanto, tal como o registado pelos estudos nacionais, existe uma maior percentagem de alunos a mencionar um insuficiente consumo de vegetais.

Quanto ao consumo de leite, apenas são registados dados de 2002, face ao estudo nacional. Comparando os dados registados pelos alunos com estes, tivemos que estes se assemelham aos anteriores, denotando uma ligeira superioridade face às percentagens dos alunos que referem ingerir leite pelo menos uma vez por dia.

No que diz respeito ao consumo de refrigerantes, segundo os estudos HBSC (avançando no tempo de 2002 até 2010), constata-se que apesar de se ter verificado um aumento face aos alunos que referem consumi-lo raramente, verifica-se também que o número de alunos que menciona consumir pelo menos uma vez por semana, também aumentou. Contudo, é bom constatar que houve uma diminuição do consumo diário de refrigerantes. Quanto aos dados escolares, constatámos que os resultados dos alunos vão ao encontro dos referenciados nos estudos.

No consumo de hambúrgueres, verificámos que os dados da comunidade escolar se enquadram com os dados do HBSC (2002), ou seja, as maiores percentagens de alunos referem comer hamburgueres raramente e uma vez por semana. Já no consumo de doces constatámos que em ambos (estudos HBSC e alunos da escola) a maior percentagem está nos alunos e jovens que consomem doces pelo menos uma vez por semana. No entanto, os resultados diferem no que toca ao consumo diário e ao raro consumo dos mesmos, sendo a sua proporção inversa. Os alunos da escola apresentam maior percentagem no consumo raro de doces e maior no diário e nos estudos acontece o oposto. Contudo, estas percentagens são bastante inferiores às referentes ao consumo semanal.

Neste sentido, de um modo geral, constatámos que os dados referentes ao estudo 2008/2009 se assemelham aos dados referenciados no estudo do ano letivo anterior e que, por sua vez, não se distanciam muito da realidade da população portuguesa, registando, tal como estes, pequenos aumentos/diminuições residuais, mas, tal como estes, acompanhando uma perda da qualidade das refeições e dos alimentos geralmente ingeridos.

No estudo realizado foi também dada importância aos comportamentos alimentares dos EE, tal como já foi mencionado anteriormente, procurando saber se estes podem ser influentes, quer pela positiva, quer pela negativa, nos comportamentos alimentares dos seus educandos. Assim, e analisando e comparando os dados face ao consumo de fruta, vegetais, refrigerantes e hambúrgueres, os EE demonstram ter uma maior preocupação face à alimentação, apresentado assim, à partida, uma alimentação mais equilibrada. Por outro lado, os EE denotam um menor consumo de leite, existindo uma considerável percentagem de EE que ingere leite apenas uma vez por semana.

Relativamente ao consumo de doces, a percentagem é idêntica à dos alunos, embora haja uma menor percentagem de EE que consomem doces diariamente.

Frequência	Raramente		Pelo menos uma vez por semana		Pelo menos uma vez por dia	
Alunos/Encarregados de Educação	A	EE	A	EE	A	EE
Frutas	13%	3%	30%	23%	57%	74%
Vegetais	13%	5%	55%	51%	32%	44%
Leite	6%	8%	7%	23%	87%	69%
Refrigerantes	23%	54%	47%	31%	30%	15%
Hambúrgueres	43%	64%	53%	36%	4%	0%
Doces	28%	26%	59%	69%	13%	5%

Tabela 9 - % de Alimentos Consumidos (Alunos/EE)

5.2.4. Vegetais nas Refeições

Desde sempre os vegetais desempenharam um papel importante se não mesmo preponderante na definição de uma alimentação saudável. Por sua vez, os estudos mais recentes referem mesmo que, a ingestão insuficiente de vegetais e de fruta está associado a doenças tais como o cancro, existindo, neste sentido um esforço na procura de evidenciar a importância do aumento do consumo e manutenção dos consumos de fruta e vegetais, como um importante objetivo de programas para melhorar a nutrição.

Neste sentido, tal como a sopa, o consumo diário de vegetais, desempenha um papel bastante importante para a manutenção da saúde.

Especificando a presença de vegetais na alimentação/refeições, comparativamente ao estudo realizado no ano letivo de 2007/2008 tivemos que:

Frequência do consumo de vegetais nas refeições pelos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009		
	Estudo 2007/2008	Estudo 2008/2009
Sempre	20%	9%
Às vezes	75%	87%
Nunca	5%	4%

Tabela 10 - Frequência do consumo de vegetais nas refeições pelos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009

Desta análise é possível aferir que, existe uma menor percentagem de alunos que refere que os vegetais fazem sempre parte das refeições, mantendo-se contudo as

percentagens relativas dos alunos que referem nunca comer vegetais nas refeições, decorrente de uma alimentação desequilibrada. A grande maioria afirma comer vegetais às vezes nas refeições.

Ainda referente ao consumo de vegetais, a tabela seguinte compara os resultados obtidos relativamente aos EE e aos alunos:

Frequência do consumo de vegetais nas refeições pelos alunos e EE			
	Sempre	Às vezes	Nunca
Alunos	9%	87%	4%
Encarregados de Educação	26%	74%	0%

Tabela 11 - Frequência do consumo de vegetais nas refeições pelos alunos e EE

A primeira grande diferença que se constata é o facto de todos os EE inquiridos afirmarem a importância dos vegetais nas refeições, não existindo nenhum que tenha evidenciado nunca comer vegetais. Por sua vez, comparativamente aos alunos, as percentagens relativas ao sempre, denotam uma conotação bastante mais acentuada na alimentação dos EE, o que, caracteriza, neste sentido, a alimentação destes como uma alimentação mais equilibrada, comparativamente à dos seus educandos.

5.2.5. Sopa nas Refeições

Em parte tradição, a sopa assume um papel preponderante na nossa cultura, sendo referenciada como um dos pratos mais completos. Na verdade, se por um lado a sopa contribui como alimento significativo para a satisfação das nossas necessidades diárias de água, por outro, consiste geralmente, numa refeição de baixo valor calórico, ainda que, rica em vitaminas, fibra alimentar e antioxidantes, contendo nela, todos os nutrientes fundamentais para o bom funcionamento diário do nosso organismo.

Atualmente, tem-se verificado que, em virtude do aparecimento dos *fast-food* as características mais tradicionais das refeições têm perdido o seu impacto e que, consequentemente, pratos tais como a sopa, têm perdido a sua importância nas dietas mediterrânicas/ocidentais. A sopa, pode-se mesmo dizer que assume um papel fundamental, uma vez que, dependendo da sua preparação, tem a capacidade de responder a diferentes tipos de necessidades. Se preparada com maiores quantidades de batata ou leguminosas, pode caracterizar-se como uma refeição mais energética,

contudo, pode ser igualmente reforçada ao nível de proteínas, se enriquecida com carne, peixe (AgroNotícias, 2005).

Frequência do consumo de sopa nas refeições dos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009		
	Estudo 2007/2008	Estudo 2008/2009
1 a 3 vezes por semana	62%	58%
4 a 7 vezes por semana	16%	23%
7 a 10 vezes por semana	11%	4%
10 a 14 vezes por semana	2%	4%
Nunca	9%	11%

Tabela 12 - Frequência do consumo de sopa nas refeições dos alunos nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009

De acordo com o estudo concretizado no ano de 2007/2008 na escola, constatámos que a maioria da população escolar (acima dos 60% dos inquiridos) têm um reduzido número de refeições, por semana, que são complementados com sopa, estando esta presente, apenas entre 1 e 3 vezes por semana. Comparativamente, no ano letivo 2008/2009, pouca variabilidade se verifica e os dados denotam-se mais preocupantes. Se analisarmos bem, o número de inquiridos que consomem sopa 4 a 7 vezes por semana aumentou de forma significativa. Já os que consomem sopa 10 a 14 vezes por semana teve um aumento muito ligeiro. Tendo em conta que o número de inquiridos que referem comer sopa 7 a 10 vezes por semana diminuiu significativamente bem como os que consomem sopa 1 a 3 vezes por semana, e que os que nunca comem sopa aumentou, penso que estes valores se acabam por revelar mais preocupantes visto que as melhorias de comportamentos registadas são inferiores aos piores comportamentos, os quais aumentaram.

Comparando os dados apresentados pelos alunos com os dos EE, verificámos que, a grande maioria refere que a sopa apenas está presente entre 1 a 3 vezes por semana, sendo pouco significativo o número de EE que menciona ter pelo menos presente uma vez por dia a sopa nas refeições (7 a 10 vezes por semana). Talvez o facto de os alunos habitarem com os seus EE, e destes não complementarem as suas refeições com sopa, seja factor influente para que os próprios alunos vejam reduzido o número de refeições em que têm presente a sopa.

Frequência do consumo de Sopa nas refeições pelos alunos e EE					
	1 a 3 vezes por semana	4 a 7 vezes por semana	7 a 10 vezes por semana	10 a 14 vezes por semana	Nunca
Alunos	58%	23%	4%	4%	11%
Encarregados de Educação	64%	23%	13%	0%	0%

Tabela 13 - Frequência do consumo de Sopa nas refeições pelos alunos e EE

5.2.6. Bebidas nas Refeições

Diversos estudos relatam o aumento do consumo de refrigerantes na população em geral. A preferência das pessoas, começando pelos adultos (pais), a publicidade e o sabor marcante e agradável são alguns aspetos que contribuem para o início precoce do consumo de refrigerantes na infância e para a sua perpetuação na adolescência e fase adulta. Este tipo de hábito alimentar acompanha o modelo globalizado de alimentação *fast-food*, o qual tem sido apontado como importante fator de risco para obesidade e doenças cardiovasculares, dentre outros problemas de saúde.

Em consequência das mudanças das rotinas/hábitos alimentares, hoje em dia os refrigerantes estão presentes na alimentação de muitos jovens. Eles são uma grande fonte de hidratos de carbono e que chegam a substituir a maioria dos líquidos que deveriam constituir a dieta, assumindo em média até 9% das calorias totais consumidas por dia. Por outro lado, os refrigerantes são responsáveis pelo fornecimento de quantidades exageradas de açúcares, pelo que a sua presença se assume como preocupante, uma vez que cada vez mais os refrigerantes fazem parte das refeições dos nossos jovens (CSPI – Centre for science in the public interest, 2007 in Serrador, 2007).

Comparando os dados relativos do estudo realizado no ano anterior 2007/2008, com o estudo realizado no ano de estágio, verificámos que, contrariamente a estes, os dados do estudo 2008/2009 revelam uma melhoria face ao consumo de refrigerantes/vinho nas refeições, tendo-se verificado uma acentuada redução. Por outro lado, constatámos que mais de 50% dos alunos inquiridos revelaram beber água durante as refeições.

Bebidas consumidas pelos alunos durante as refeições nos anos letivos**2007/2008 e 2008/2009**

	Estudo 2007/2008	Estudo 2008/2009
Água	40%	55%
Refrigerantes/Vinho	54%	43%
Nada	6%	2%

Tabela 14 - Bebidas consumidas pelos alunos durante refeições nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009

Analisando os dados dos EE, existe uma aproximação dos dados apresentados pelos alunos. Contudo, regista-se uma acentuada subida do número dos inquiridos que referem não ingerir nenhum tipo de líquido durante as refeições.

Bebidas consumidas pelos alunos e EE durante as refeições

	Água	Refrigerantes/Vinho	Nada
Alunos	55%	43%	2%
Encarregados de Educação	46%	36%	18%

Tabela 15 - Bebidas nas Refeições (Alunos/EE)

5.3. Imagem Corporal

De um modo generalista, a imagem corporal é o conceito que cada pessoa tem de si própria, do seu corpo e das suas partes. A imagem corporal consiste, deste modo, na forma como vemos o nosso corpo e como o corpo se apresenta para nós. Essa imagem, por sua vez, é influenciada pelo meio em que vivemos, pelas situações que enfrentamos e vivenciados, pela nossa cultura, pelos nossos gostos, estando diretamente associada à autoestima do indivíduo.

5.3.1. Índice de Massa Corporal (IMC)

O Índice de Massa Corporal (IMC) consiste na relação entre o peso e a altura, sendo, segundo Jelliffe (1996) e Who (1995), um indicador sensível ao crescimento e às suas perturbações. Os resultados obtidos desta relação visam categorizar o peso dos indivíduos deste a magreza à obesidade. A classificação de excesso de peso/obesidade foi definida segundo os parâmetros de Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz (2000), que tomam

em consideração a idade e o género na classificação dos adolescentes num parâmetro normal (sem excesso de peso), com excesso de peso ou com obesidade⁴².

Na sociedade atual, e em consequência das mudanças dos hábitos alimentares, as classificações de excesso de peso e obesidade são as que adquirem maior relevo, uma vez serem as que mais rapidamente estão associadas à fragilidade da saúde e consequentemente, a um maior número de doenças.

De acordo com estudos recentes, Portugal é um dos países da UE que apresenta valores mais elevados de obesidade infantil. Quase 50% das crianças portuguesas têm excesso de peso ou obesidade (14% são obesas e 32% têm excesso de peso)⁴³.

No estudo que efetuámos, a maioria dos alunos apresentou um IMC dentro dos valores do padrão normal, sendo que 67% dos alunos inquiridos tinham uma relação peso/altura adequada. Contudo, em ambos os anos letivos verificámos uma significativa percentagem de alunos que se mostrava fora do padrão adequado.

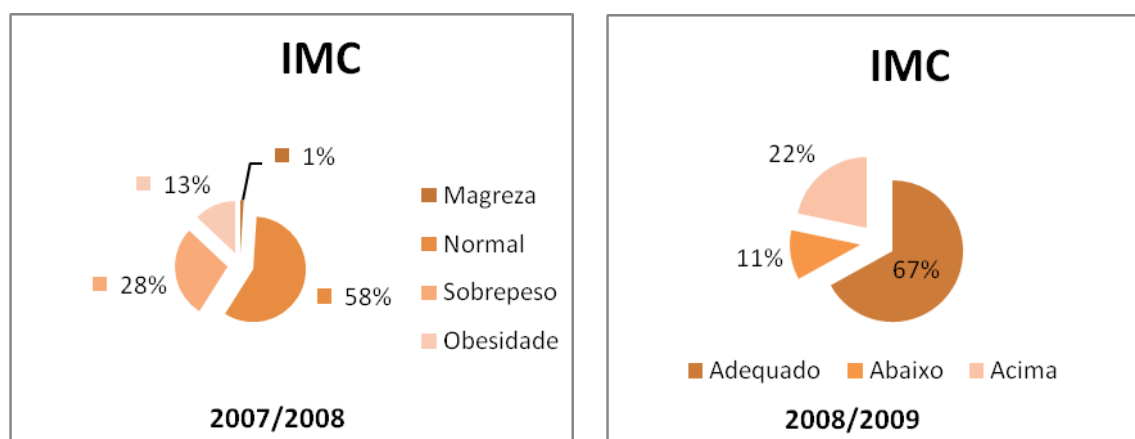


Gráfico 4 - IMC 2007/2008; IMC 2008/2009

5.3.2. Imagem do Corpo

Quando analisámos os dados referentes à população portuguesa, constatámos que a maioria dos jovens considera o seu peso ideal, contudo, existe também um elevado número de alunos que considera ter um peso acima do normal, cerca de 30%. Ao analisar agora com dados mais recentes, verifiquei que a percentagem de jovens que se consideram magros e com peso ideal é inferior a 2002, e a de jovens que se consideram gordos aumentou.

⁴² Citado em Matos, M. G. e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2002, p.63)

⁴³ Publicado online por Santos, H. (2011)

Como é ou está o seu corpo?		
	HBSC (2002)	HBSC (2010)
Magro	17,1%	15,4%
Ideal	51,1%	49,1%
Gordo	31,9%	35,4%

Tabela 16 - Imagem do corpo nos Estudos HBSC 2002 e 2010

Relativamente à imagem que as crianças/adolescentes apresentaram ter de si próprias, constatámos que, comparativamente ao estudo efetuado no ano anterior, a perceção de si próprias se manteve relativamente ao nível de insatisfação, ou seja, dos alunos que referiram ter excesso de peso. Já no que diz respeito aos alunos que revelaram ter um peso adequado, existiu um ligeiro aumento.

Considera ter excesso de peso?		
	Estudo 2007/2008	Estudo 2008/2009
Sim	19%	19%
Não	59%	64%
Não sei	22%	17%

Tabela 17 - Imagem do corpo pelos alunos nos estudos de escola dos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009

Comparativamente aos dados nacionais, verificámos que no estudo realizado no ano de estágio, existiu uma menor percentagem de alunos insatisfeitos, ou seja, que consideram ter excesso de peso.

Ao analisar, por outro lado, a satisfação/insatisfação propriamente dita, constatámos que, a grande maioria dos alunos se demonstrou contente com o seu aspeto físico. Dada a elevada percentagem de alunos que o referiu, aproximadamente 80%, retivemos que os mesmo alunos que consideram ter excesso de peso se mostraram contentes, o que pode ser preocupante, uma vez que pode ser indiciador de um aumento do peso, dado não existir um cuidado na alimentação.



Gráfico 5 - Aspecto Físico (alunos)

Por sua vez, ao observar os EE, constatámos que uma maior percentagem denotou uma insatisfação face ao seu aspeto físico. Verificámos também que, dos EE inquiridos 41% referiu considerar ter excesso de peso.

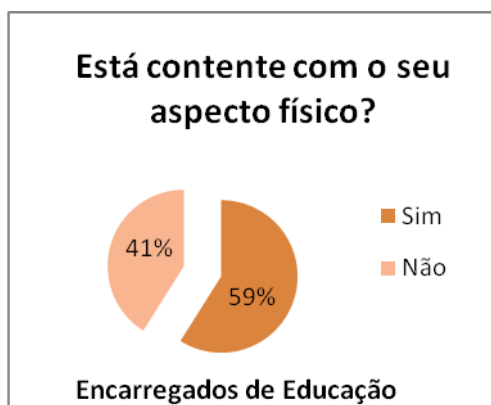


Gráfico 6 - Aspecto Físico (EE)

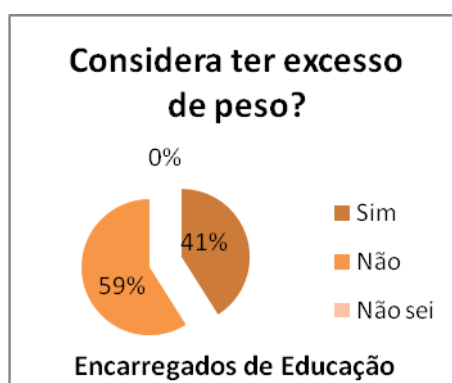


Gráfico 7 – Considera ter excesso de peso (EE)

5.4. Prática de Atividade Física e Tempos Livres

Relativamente à questão da prática de AF, verificámos que 68% dos alunos inquiridos manifestou ter uma prática regular, contrariamente aos EE, onde apenas 23% afirmam o mesmo. Relativamente à prática desportiva, os alunos referenciaram prática de DE na escola e foi também mencionada a AF praticada em ginásios e em clubes desportivos. Já os EE apenas manifestaram a prática em ginásios.

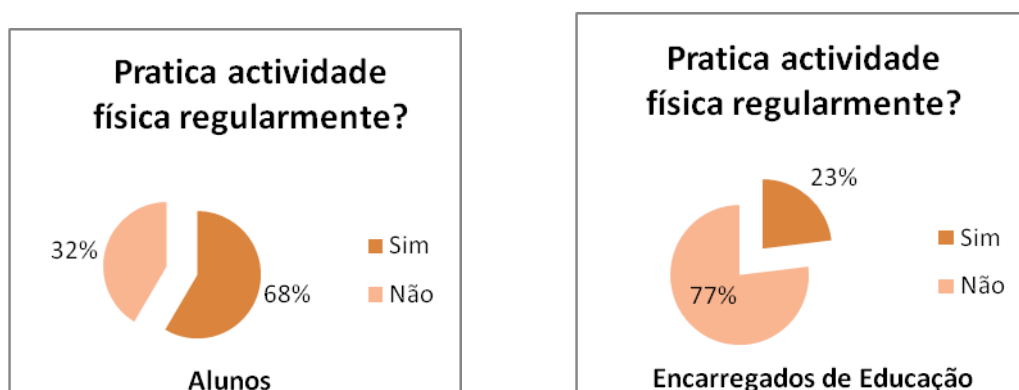


Gráfico 8 – Prática de Atividade Física Alunos e EE

Comparativamente aos dados dos estudos realizados no âmbito nacional, constatámos que existia uma discrepância elevada face às percentagens de alunos que referiram não ter prática desportiva, caracterizando assim, em parte, a população escolar como sedentária.

Frequência da prática de actividade física pela população jovem portuguesa			
	HBSC (2002)	HBSC (2006)	HBSC (2010)
Nunca	5,4%	4,6%	3,8%
Menos de 3x/semana	34,3%	34,2%	34,6%
3x ou mais por semana	47,7%	46,7%	48,2%
Todos os dias	12,6%	14,5%	13,3%

Tabela 18 - Prática de actividade física (HBSC)

Comparativamente ao estudo efetuado no ano letivo de 2007/2008, verificámos que os alunos adotaram um estilo de vida mais ativo. Estes valores, por sua vez estão de acordo com os estudos de HBSC, acompanhando a evolução que se verifica no âmbito nacional.

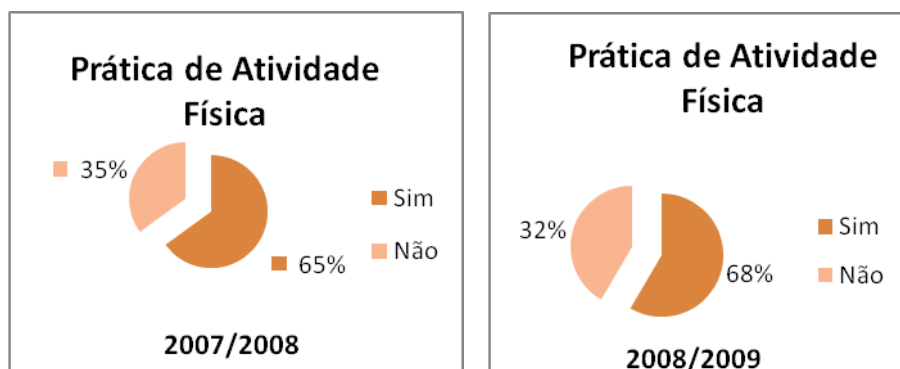


Gráfico 9 - Prática de Atividade Física nos Estudos 2007/2008 e 2008/2009

5.4. Uso de Substâncias

O uso de substâncias, como o tabaco ou o álcool, é uma realidade cada vez mais presente nos dias de hoje. Muitas vezes, os mais jovens acabam por imitar exemplos que presenciam no seio familiar (por exemplo, experimentarem tabaco uma vez que os pais são fumadores).

No âmbito do estudo da população portuguesa, denota-se que existe uma diminuição no que concerne ao consumo de tabaco, o que demonstra uma melhoria face aos comportamentos saudáveis.

Consumo de Tabaco			
	HBSC (2002)	HBSC (2006)	HBSC (2010)
Todos os dias	8,5%	5,0%	4,5%
Pelo menos uma vez por semana	4,5%	2,8%	2,9%
Pelo menos uma vez por dia	5,6%	4,4%	4,5%
Não fuma	81,4%	87,8%	88,1%

Tabela 19 - Consumo de Tabaco na População Jovem Portuguesa

Comparando os resultados, constatámos que a população escolar referiu não consumir tabaco e que 15% dos EE destes mesmos alunos referiram consumir tabaco regularmente. Neste sentido, e considerando a veracidade dos inquéritos, se por um lado é positivo o facto do seu consumo não ser um problema atual nos hábitos dos alunos, este poderá vir a revelar-se problemático no futuro, considerando que ainda existe uma percentagem relevante de EE que o menciona.

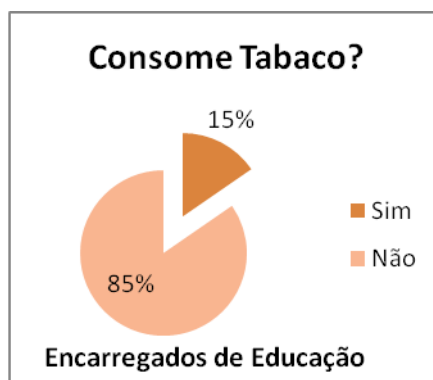


Gráfico 10 - Consumo de Tabaco dos Encarregados de Educação

6. DISCUSSÃO das QUESTÕES

6.1. Questão 1

Relativamente a esta primeira questão procurámos verificar a frequência de refeições diárias realizadas pelos alunos, sabendo que a alimentação é tão mais saudável quanto maior o número de refeições. Considerado os dados acima apresentados, denotámos que os alunos realizavam em média 4 refeições por dia (abaixo dos valores ideais).

Por outro lado, constatámos que, face à frequência do consumo dos diferentes tipos de alimentos estudados, existia um consumo desequilibrado destes, não estando garantido o equilíbrio das porções dos mesmos. Assim, e verificando-se estes aspetos, não considerámos a Questão em estudo.

6.2. Questão 2

Quanto à alimentação, apesar dos alunos da EBI Rainha D. Leonor de Lencastre, apresentarem valores que se enquadravam nos valores registados pelos da media da população jovem portuguesa, verificámos que ingeriam com mais frequência fruta, pelo que, relativamente aos dados da alimentação constatámos que, para todos os alimentos estudados não se verificava a Questão apresentada.

No que dizia respeito aos dados da AF, os alunos da EBI Rainha D. Leonor de Lencastre enquadraram-se nos valores apresentados pelos jovens da população portuguesa (HBSC). No entanto, os alunos da escola, revelam-se menos ativos, denotando um valor ligeiramente inferior, apesar de pouco significativo.

Em suma, embora os dados da AF tenham ido ao encontro da Questão apresentada, tal não foi verificado para os dados da alimentação, não sendo por esta razão aceite a Questão em estudo.

6.3. Questão 3

No que respeitou às principais diferenças e evidências encontradas entre os alunos e os EE estas destacaram-se negativamente face à alimentação para os alunos. Os dados apresentados contribuíram para caracterizar a alimentação dos EE, revelando

que estes apresentam uma alimentação mais equilibrada e cuidada. No entanto, os dados considerados desadequados foram mais severos nos EE que nos alunos. Destaque-se, a título de exemplo, o pequeno-almoço. Foram os dados relativos aos EE que mais referenciaram a ausência desta importante refeição podendo ser, neste sentido, uma influência negativa aos comportamentos dos alunos.

Quanto à prática de AF, os resultados destacaram-se positivamente para os alunos, denotando que estes praticavam AF com mais regularidade que os EE. Assim surge o receio de a vida sedentária dos EE se possa tornar num indicador perigoso caso influenciem os alunos.

Outro indicador que pôde representar um possível indicador de perigo influente para os alunos foi o contentamento/descontentamento pela imagem corporal. Embora os alunos apresentem maior contentamento, os EE revelam maior descontentamento o que se poderia traduzir numa incapacidade de compreensão pelos alunos e, consequentemente baixa auto-estima e desvios de um correto padrão alimentar.

Neste sentido verificámos que no que concerne à alimentação e à AF, os alunos e os EE seguiam padrões/comportamentos diferentes, confirmando-se a Questão apresentada.

6.4. Questão 4

Tendo em conta que os alunos devem realizar em média 5 ou mais refeições diárias, verificámos uma melhoria face a estes dados para os alunos no presente ano letivo 2008-2009. Contudo, posteriormente, comparando os restantes dados em estudo (pequeno-almoço e vegetais nas refeições), no presente ano letivo, os alunos denotaram uma perda dos hábitos/comportamentos saudáveis. Neste sentido, face à vertente da alimentação a Questão apresentada não se verificou.

No que diz respeito à prática regular de AF, existiu uma melhoria dos valores apresentados no 2008-2009 comparativamente ao ano letivo anterior, pelo que se verificou a Questão apresentada.

Concluindo, considerando as vertentes alimentação e AF, não considerámos válida a Questão em estudo apresentada.

7. ESTRATÉGIAS / PROPOSTAS de INTERVENÇÃO

7.1. Atividade Física

- Antecipar, no sentido de aferir no ato da matrícula, os gostos e dificuldades dos alunos em relação às modalidades, para melhor direccionar o apoio e o DE;
- Diversificar o material do recreio escolar para os alunos, de forma a incluir um maior leque de gostos e um maior número de alunos a realizar AF;
- Investimento económico da escola relativamente aos recursos materiais, potenciando assim a qualidade do ensino, bem como o aumento de momentos de prática (disponibilizar os espaços da escola, alugando-os, de forma a rentabilizar monetariamente este investimento);
- Rentabilização dos espaços da escola, para proporcionar jogos de recreação, apelando assim ao movimento e à competição entre os alunos (macaca, jogo dos quadrados, polícia e o ladrão, jogo do mata, etc.);
- Concretização de um protocolo com o espaço Lúdico de S. Marcos, de forma a disponibilizar uma área, onde os EE e os seus educandos possam desenvolver AF, aliado à diversão e ao convívio;
- Dar maior relevância ao DE, havendo maior divulgação e promoção da AF;
- Proporcionar aos alunos mais momentos de competição na escola, como por exemplo Inter-turmas, Corta Mato, Mega Sprint, torneios de AD Sintra, visitas de estudo onde a AF esteja presente (Parque Monsanto, Parque Sintra, Parque da Pedra, etc.);
- Semana da EF, possibilitando uma panóplia de modalidades, chegando a todos os gostos dos alunos;
- Utilizar o ActivityGram/Fitnessgram, existindo acesso na biblioteca, possibilitando aos alunos o registo da sua AF, havendo assim um maior controlo dos mesmos e uma maior motivação para atingir metas;

7.2. Alimentação

- Consciencializar o pessoal docente, não docente, os EE e os alunos, através de ações de formação e debates sobre esta temática, onde estes poderão também ser dinamizadores e intervenientes;
- Diversificar estas ações, com a presença de testemunhos reais de casos com distúrbios alimentares e as suas consequências, bem como bons exemplos neste campo;
- As ações de formação acima mencionadas serviriam de suporte para que fosse criado um programa para as aulas de substituição, de forma a sensibilizar os alunos sobre esta temática;
- Na disciplina de EF, nomeadamente na área dos conhecimentos, os professores abordarem este tema e sensibilizarem os alunos para os problemas e virtudes a eles associados (alimentos/proporções/rótulos, roda dos alimentos, etc.);
- Semana da alimentação saudável, onde estaria presente um nutricionista na escola, realizando rastreios e dando conselhos;
- Espaços destinados a informação (posters, panfletos) sobre esta temática e utilização de uma caixinha de opiniões, testemunhos, para que na semana da alimentação saudável as pessoas creditadas (nutricionista) pudessem responder a essas mesmas dúvidas.
- Através da semana da alimentação saudável, os EE e os seus educandos seriam dinamizadores e intervenientes na confeção de refeições ditas saudáveis, que lhes fossem ensinadas nas ações de formação atrás descritas;
- Na semana da alimentação saudável realizar rastreios relativamente ao IMC e à percentagem de massa gorda;
- Filme e debate na semana saudável “*super size me*”;
- Alimentação – tema de formação cívica ou área profeta – debate – levar alunos a dinamizar para consciencializar (educar);
- Quizz de alimentação saudável (formação cívica);

8. CONCLUSÃO

Os maus comportamentos e hábitos de vida saudáveis eram já uma realidade que conhecia e da qual tinha alguma consciência. Sabendo que Portugal está entre os países europeus com maior número de crianças obesas, que este é um problema cada vez mais grave nos dias que correm e tendo conhecimento que na escola onde realizei o estágio, havia já sido feito um estudo e uma possível mobilização no sentido de alertar a população escolar para esta problemática, foi de todo o interesse e total pertinência dar continuidade ao trabalho iniciado.

Durante o estudo efetuado por mim, 2008-2009, e comparando os resultados que obtive com os obtidos no estudo realizado no ano letivo anterior, verifiquei melhorias no que toca à prática de AF e retrocessos no que diz respeito à alimentação. Encontrei valores que ficavam aquém dos desejados como por exemplo o número de refeições diárias e os alimentos consumidos diariamente. Estes valores encontraram-se não só nos comportamentos dos alunos como também nos comportamentos dos EE. Concluí, portanto, que apesar de já ter existido naquela escola um alerta para este problema, o mesmo não foi suficiente. Assim sendo, este meu trabalho ganhou um peso maior, uma nova função. Reforçar o alerta para estes problemas com maior afinho de modo a tentar ver, desde logo, mudanças e tentativas de alteração de comportamentos e hábitos nas vidas dos alunos, e procurar que estas fossem extensíveis aos EE, à população escolar e à comunidade escolar.

A comparação de resultados e a sua divulgação foram pontos fundamentais que permitiram aos alunos adquirir uma maior consciencialização de que a sua saúde depende dos seus hábitos alimentares e da sua prática de AF regular. Permitiu que compreendessem que não basta melhorar a sua alimentação esquecendo a prática de AF ou vice-versa. Ambos os aspetos se complementam e exercem grande importância na sua saúde e bem-estar.

Eu e os meus colegas de estágio implementámos algumas iniciativas na escola como por exemplo as aulas de apoio de ginástica para todos os alunos que tinham dificuldades à disciplina ou que quisessem simplesmente praticar e aprender mais. Publicitámos as outras modalidades existentes na escola ao nível do desporto escolar. Tentamos a disponibilização de mais materiais para os alunos jogarem nos intervalos sem serem somente as bolas de futebol, mas também de basquete, voleibol, etc., de modo a termos um recreio mais ativo e inclusivo. Realizámos algumas atividades para os

alunos, EE e comunidade escolar como *peddy paper*, apresentações de dança, workshops de dança, etc. Abri o núcleo de dança sendo esta uma modalidade inexistente no desporto escolar e que cativou alunos a realizarem mais umas horas de prática de atividade física a fazerem o que gostam, portanto, de forma feliz. Dentro das aulas de Formação Cívica abordei este tema em conjunto com a Diretora de turma e realizamos também pela escola uma caça ao tesouro (*peddy paper*) sobre este tema. De todo e qualquer modo a minha intervenção e comunicação com aquelas crianças e jovens foi sendo alterada e sempre alertando para esta realidade e temática, com o objetivo de conseguir ensinar e educar, de modo a que os alunos aprendessem e conseguissem transportar para as suas vidas futuras este conhecimento e correta atuação/forma de estar, de modo a serem cada vez mais saudáveis e conseguirem transmitir isso às suas famílias, amigos e todos quantos conhecessem. A serem jovens autónomos e conhecedores desta realidade, sabendo intervir de forma adequada para consigo próprios e com todos quantos gostam.

Foi gratificante verificar que alguns alunos e alunas começaram a alterar as suas rotinas diárias e tentaram transportar essa alteração também para com os seus EE, familiares e amigos. Alguns alunos, até então não inscritos em atividades do DE, passaram a frequentar diferentes modalidades, tentando alterar os seus hábitos sedentários.

Não foi só ao nível da prática de AF que se começaram a notar alterações. Ao nível dos hábitos alimentares, alguns alunos iniciaram uma modificação comportamental. Muitas vezes a sua forma de demonstrar essa tentativa de alteração de comportamento, passava por pequenas conversas tão simples como “Professora, em vez do donuts vou comer uma maçã!”. Estes pequenos gestos que foram acontecendo e o orgulho que os alunos demonstravam cada vez que sentiam que estavam a melhorar, foram pequenas vitórias diárias que permitiram confirmar que este trabalho começou a dar alguns frutos. Foi gratificante sentir que passou a existir maior consciência e tentativa na alteração de comportamentos e hábitos de vida saudáveis na população escolar e que estes começaram a transmitir essa consciência e melhoria aos EE, famílias e amigos.

Mas este trabalho teve outro impacto. Um impacto direto na minha vida, na minha consciência. Num momento de introspeção, notei que embora conhecesse esta problemática e realidade, bem como os problemas a ela associados, esta estava como que adormecida. Apercebi-me o quão necessário é continuar a estudar e a investir na formação pessoal, para uma intervenção de maior qualidade. A minha consciência

ganhou uma nova dimensão e alterei a minha postura e participação, passando esta a ser mais fundamentada, consistente e ativa.

Como tal, alterei a minha intervenção desde então, e pretendo continuar esta caminhada nos dias que correm. A título de exemplo, nas aulas de *FunkyJazz* que leciono, criei um dia que denominei *FunkyFriends Day*, onde cada aluno e qualquer pessoa pode fazer uma aula grátis. O objectivo é que as pessoas experimentem, que gostem e que se divirtam através da prática da dança e da expressão corporal. Se tal acontecer, é possível que a dança passe a fazer parte das suas rotinas. Através da alegria, da música e da dança, e após uma sensibilização para esta problemática, todos gostam e muitos acabam mesmo por se inscrever. O mesmo acontece com o *FunkyParents Day*, dedicado especificamente a EE e familiares. A dança aqui praticada, os movimentos e passos escolhidos e trabalhados bem como a seleção musical efetuada, são adaptados às idades e capacidades dos presentes. Já aconteceu ter sido de tal modo bem acolhido pelos EE e familiares, que se abriu uma nova modalidade, o Aerodance, para os mesmos e a qual se tornou depois aberta a novas pessoas.

Atualmente, tenho trabalhado também ao nível das Atividades de Enriquecimento Curricular (1ºciclo), onde também tento criar situações que permitam chegar não só aos alunos como EE, familiares e comunidade escolar. O alerta para a problemática mantém-se e as atividades propostas permitem ajudar a uma maior compreensão e consciencialização. A título de exemplo, realizo a semana da AF e Desportiva, o dia da dança, a semana da alimentação saudável, etc. Estes momentos lúdicos permitem que os alunos, os EE, e a comunidade escolar ganhem uma nova perspetiva e consciência da importância de uma boa alimentação e da prática de AF.

Uma outra forma que encontrei de consciencialização, foi através do pedido de pequenos trabalhos aos alunos. Por exemplo, a pesquisa das doenças resultantes de uma alimentação deficiente ou de uma vida onde a AF é ausente. Esta forma de descoberta guiada leva a que muitos alunos realizem os trabalhos com auxílio dos familiares e se apercebam dos riscos inerentes a estas más práticas.

A obesidade infantil, as doenças a ela associadas, o sedentarismo, os maus hábitos alimentares, continuam a adquirir grandes proporções na nossa sociedade, por isso, a cada dia que passa, continuo a trabalhar, a educar e a lutar por uma mudança nas atitudes, nos hábitos e nas rotinas diárias de todos quantos possa ajudar e que cruzem o meu caminho.

9. BIBLIOGRAFIA

Abreu, J. C. R. (2010); *Obesidade Infantil: abordagem em contexto familiar*. Funchal: Universidade do Porto - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.

Administração Regional de Saúde do Algarve – Departamento de Saúde Pública. (2009). *Comer ao longo do dia*. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/Como_comer_ao_longo_do_dia.pdf

Fontes, R. (2007). *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas Crianças e Adolescentes - Estudo do impacte de um projecto de intervenção*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.

Matos, M. G. e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003), *Aventura social e saúde – A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Disponível em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2010), *Aventura social e saúde – A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. FMH/ Universidade Técnica de Lisboa.

Ribeiro, T.H.T., Albuquerque, T.G., Silva, D.L., Oliveira, K.C.S., Filgueiras, N., Mendes, V.S. & Rozilaine, R.L. (2012). Revisão bibliográfica: consumo de refrigerantes associado à obesidade. *Adolescência & Saúde. Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente / UERJ*. 44-48. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=344

Rodrigues, A. (1997). *Valores e representações corporais em culturas juvenis escolares*. (Dissertação com vista à obtenção do grau Mestre em Ciências da Educação na especialidade de Metodologia da Educação Física). Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, Portugal.

Santos, H. (2011, Julho 11). *Obesidade Infantil – Portugal em 2º Lugar*. Consultado em Fevereiro 8, 2012 em <http://www.cristinasales.pt/Nutri-Conceito/Blog/Post.aspx?BID=3&PID=1244&MVID=1000194>

Serrador, J. (2007). *Comportamentos de saúde e estilos de vida dos adolescentes em idade escolar: actividade física, tempos livres, hábitos alimentares*. (Dissertação com vista à obtenção do grau Mestre em Ciências da Educação na especialidade de Metodologia da Educação Física). Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, Portugal.

ANEXOS